

”normalisere det.. ved å ikke snakke om det”

Om kjønn, seksualitet og identitet i terapeutiske interaksjoner

Hilde Holthe-Berg



Hovedoppgave Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

April 2012

© Hilde Holthe-Berg

2012

”normalisere det.. ved å ikke snakke om det”

Om kjønn, seksualitet og identitet i terapeutiske interaksjoner

Hilde Holthe-Berg

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Formålet med dette kvalitative forskningsprosjektet har vært å undersøke hvordan terapeuter snakker med pasienter i psykisk helsevern om kjønn, seksualitet og identitet. Utvalget i dette prosjektet har bestått av 14 terapeuter i psykisk helsevern i Oslo-området. Prosjektet har gjennomført fire fokusgruppeintervjuer, som er transkribert og analysert med tematisk analyse. Dette prosjektet viser en sammenheng mellom sekundariseringprosesser, små og store, som blant annet ved hjelp av ideologiske dikotomiseringer, kan føre til eller opprettholde en marginaliseringseffekt. Det mest foruroligende spesifikke funnet i denne tematiske analysen, er at Helsedirektoratets retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern anvendes som begrunnelse for ikke å kartlegge ikke-heteroseksualitet som risikofaktor. Ut i fra denne analysen har heteronormativ forståelse av pasienter fortsatt hegemonisk posisjon i psykisk helsevern i Norge i dag. Dette gir noen implikasjoner. For det første ser det ut til at det er behov for økt kunnskapsproduksjon rundt minoritetshelse og ikke-heteroseksualitet. Mer forskning på dette feltet er avgjørende. En annen implikasjon av denne analysen er at helsepersonell kan øke anvendelsen av kunnskap som allerede foreligger på mer utvidende måter. En tredje implikasjon er at emner som kjønn, seksualitet og identitet, bør styrkes innenfor utdanningsinstitusjonene.

Nøkkelord: kvalitativ forskning, tematisk analyse, terapeuter, psykisk helsevern, kjønn, seksualitet, identitet, marginalisering, ikke-heteroseksualitet, homoseksualitet, risikofaktor, selvmord.

Forord

Stor takk til informantene som har tatt seg tid til å være med på dette prosjektet og har villet bidra med sine tanker. Takk til veileder Katrina Røn for veiledning som har gjort kvalitativ metode meningsfull og ytterst levende. Jeg er særlig takknemlig for hjelp med det som ligger mellom linjene. Bak en helt alminnelig kontordør åpnet det seg rom som jeg hadde mistet troen på eksistensen av. Åpnende rom som forholder seg til kjønn og seksualiteter på ikke-ekskluderende måter, og som gir fornemmelse av berettigelse på Psykologisk institutt. Stor takk til Synne Corell for gjennomlesing og nyttige innspill. Jeg er også så heldig å være gift med en klok kone, som har evnet å se meninger med dette prosjektet når jeg mistet det av syne.

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	1
Hvorfor forske på dette?.....	1
Begrepsavklaringer.....	2
Litteratur.....	3
Etikk	11
Hva kan denne studien bidra med?	12
Problemstillinger	12
Metode.....	12
Rasjonale for valg av forskningsmetode og design.....	12
Ontologisk og epistemologisk utgangspunkt	13
Refleksivitet	14
Troverdighet og gyldighet.....	15
Rasjonale for valg av informanter	16
Rekruttering av informanter	17
Utvalget	18
Datainnsamling med fokusgrupper	19
Transkripsjoner og anonymisering.....	20
Etiske betraktninger.....	21
Analyseprosessen - steg for steg	21
Resultater.....	24
Tema 1: hvordan kjønn, seksualitet og identitet <i>ikke</i> kartlegges.....	25
Tema 2: Rasjonale for hvorfor ikke snakke om dette	30
Tema 3: motsetninger.....	40
Tema 4: negative assosiasjoner	44
Tema 5: pasienten.....	48
Tema 6: ubehaget	54
Diskusjon.....	60
1. Sekundarisering: prosessen	61
2. Dikotomisering: redskapet	63
3. Marginalisering: effekten	66

Konklusjon	69
Litteraturliste	71
Vedlegg	84

Innledning

Denne hovedoppgaven søker å utforske psykoterapeuters møte med marginaliserte pasienter. Forskningshistorisk har det vært den homoseksuelle som har vært gjenstand for undersøkelse og gransking. I denne oppgaven er det terapeuter som er objektet, det er terapeutenes erfaringer og forståelse som er i søkelyset. Formålet er å undersøke terapeuters metodiske kartlegginger, språkhandlinger og verdier som terapeuter uttrykker og bruker overfor pasienter når de samtaler om kjønn, identitet og seksuell orientering/erfaring. Marginaliserte pasienter, forstått her som pasienter som har ikke-normative tanker, følelser og erfaringer med kjønn, seksualitet og identitet, er i litteraturen foreslått som utsatt for større risiko i forhold til suicidalitet og selvskading. Det er denne oppgavens ønske å undersøke hvordan denne risikofaktoren blir forstått og kartlagt. Videre undrer denne oppgaven på hva slags betydning dette får for hvordan pasientene behandles.

Seksualitet er et sammensatt og fundamentalt aspekt ved folks helse og mentale velvære (WHO, 2006). Likevel framstår helsearbeidere som motvillige til å diskutere seksualitet med pasienter (Farber & Hall, 2002). Homoseksuelle er en heterogen gruppe hvor flertallet lever gode liv med god helse. En undergruppe av disse sliter med store vansker. De kan ha større problemer enn dem som tilhører den heteroseksuelle majoriteten med å få adekvat hjelp fra helsevesenet og andre hjelpeinstanser (Mehlum, 2007, Hegna, 1999). Dette gjør homoseksuelle til en viktig målgruppe i norsk selvmordsforebyggende arbeid (Hegna, Kristiansen & Moseng, 1999). Spørsmålet er da om noen risikofaktorer kartlegges bedre enn andre. Det er en pågående debatt i fagmiljøer og på helsepolitiske arenaer om risikofaktorer og hvilke som har best prediktiv verdi. Det er derfor av stor betydning hvilke føringer helsemyndigheter legger på dette området.

Hvorfor forske på dette?

Litteraturen viser at en marginalisert pasientgruppe som homoseksuelle, har en forhøyet risiko for selvskading og suicidalitet, sammenlignet med den øvrige befolkningen (Haas, et al., 2011, King et al., 2008, Wichstrøm & Hegna, 2003, D'Augelli, Hersberger & Pilkington, 2001, Bagley, & Mallick, 2000, Hegna et al., 1999, Herrel et al., 1999, Remafedi et al., 1998, Remafedi). Samtidig viser forskning at marginaliserte pasienter ønsker å snakke om disse tingene, men at de vegrer seg for å bringe dette opp i behandlingen (Mehlum, 2007, Moseng, 2007). Pasienter oppfatter dette som vanskelig å snakke med behandler om, fordi de frykter at de ikke blir forstått. Men jeg har ikke i litteraturen funnet gode forklaringer på hvorfor dette

ikke gjøres til mer åpenbare temaer i samtaler av terapeutene. Nyere forskning hevder også at praksis og forskning viser at fagfolk har lett for å ta sine egne livserfaringer som utgangspunkt i møtet med andre (Ohnstad & Malterud, 2006). En utbredt antagelse om diskurser, eller samtaler og måter å samtale på, som pågår i terapirommet om kjønn, identitet og seksuelle preferanser er at heteroseksualiteten framstår som det normative utgangspunkt. Dette tenkes å skulle representere universalitet og objektivitet, noe som føyer seg til den positivistiske forskningstradisjonen.

Inntil nylig var det alminnelig praksis i terapeutisk sammenheng å unngå å spørre pasienter om tanker de kunne ha om selvskading og selvmord. Dette ble begrunnet med at pasientene ikke skulle få tilført ideer om selvskading og suicidalitet og praktisere disse i etterkant. Forskning har vist at å stille spørsmål til pasienter om selvmordsplaner eller selvmordstanker, ikke har en iatrogen effekt (Gould et al., 2005). Begrepet iatrogen brukes om symptomer og plager som er et resultat av legens uttalelser, undersøkelser eller behandling. I dag er det i psykisk helsevern utbredt og pålagt praksis å vurdere og dokumentere suicidalitet og selvskading på alle pasienter, ved inntak og etter behov. Dette gjøres ved å stille eksplisitte spørsmål om pasienten har tanker om å dø eller skade seg. Det er også vanlig å gå gjennom litteraturens risikofaktorer som er av betydning for den enkelte pasient og kartlegge betydninger av disse, som for eksempel rusbruk og tapsopplevelser. Denne oppgaven har sitt utgangspunkt i at det ved risikofaktoren homoseksualitet, er mindre selvsagt å kartlegge tanker, erfaringer og følelser pasienter kan ha på disse områdene og betydningen dette kan ha for pasientens suicidalitet, selvopplevelse og velvære. Det er da åpenbart for meg å undre meg over hva og hvordan terapeuter tenker om dette fenomenet. Det er mulig at disse spørsmålene i praksis blir ivaretatt på gode måter i de forskjellige sykehusavdelingene, men at dette er erfaringer som forskning ea ikke har fanget opp.

Begrepsavklaringer

Marginaliserte pasienter: Litteraturen som det henvises til i denne oppgaven, bruker ofte marginaliserte pasienter som begrep og mener med det lesbiske og homoseksuelle. Jeg ønsker imidlertid å gjøre begrepsomfanget noe større enn ved eksklusiv bruk av kategorier som homoseksuell og lesbisk. For å forstå sammenhengen mellom seksuell identitet og suicidalitet/selvskading, er det nødvendig å inkludere dem som ikke nødvendigvis kategoriserer seg som homoseksuelle.

Med marginaliserte pasienter menes i denne oppgaven personer som har ikke-heteroseksuelle erfaringer som er av betydning for selvforståelse. Det kan for eksempel være personer med overveiende homoseksuelle erfaringer, med en selvidentifisering som homoseksuell, personer med seksuelle samkjønnserfaringer uten å definere seg med en homoseksuell identitet, personer med uavklart sosial kjønnsidentitet, personer som opplever seg utenfor en heteronormativ selvforståelse, biseksuelle, personer som opplever seg som skeive og ikke-homoseksuelle, personer som definerer seg som heteroseksuell, men med homoseksuell erfaring, personer med tanker om homoseksualitet uten erfaring, personer med sammekjønnsrelasjonelle erfaringer som de har vansker med og personer med flytende seksualitet. Det er antagelig andre muligheter av betydning, som er ikke nevnt her.

Når man skal nærme seg temaer om seksualitet kan det være vesentlig å differensiere mellom for eksempel identitet, erfaring, attraksjon og begjær. Seksuell identitet kan forventes å være av mer varig karakter, selv om det også kan endre seg i løpet av livet, og innebærer antakelig at personen selv har gjort seg mer grunnleggende refleksjoner om egen identitet og seksuell orientering. Seksuell erfaring trenger ikke nødvendigvis å gjenspeile seg i den seksuelle identiteten eller orienteringen.

Data fra den norske seksualvaneundersøkelsen viser at det er langt høyere andel av befolkningen som har seksuelle erfaringer med personer av samme kjønn enn det er personer som definerer seg selv som homoseksuelle (Træen, Stigum & Magnus, 2003). Det er i dag utbredt forskningsmessig enighet om at sosiale kategorier ikke er "rene" (Magnusson & Marecek, 2010). Derfor er begrepet interseksjonalitet tatt i bruk i forskning for å fange opp hvordan sosiale kategorier krysser hverandre og går over i hverandre. Vi kan også si at på samme måte som kjønn "gjøres", i følge West og Zimmerman (1987), er seksualitet også et fenomen som gjøres, forhandles og endres. Dette er av betydning for forståelser av seksualiteter, men av plasshensyn velges dette bort her. For oversiktens skyld anvendes det "marginaliserte pasienter" og "ikke-heteroseksualitet" som samlebegrep i den videre teksten.

Litteratur

NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring) gjennomførte i 1998 en undersøkelse om homofile og lesbiskes levekår i Norge (Hegna et al., 1999). Dette var den første store levekårsundersøkelsen for denne demografiske gruppa i Norge og gir på noen områder et utfyllende sosiologisk og statistisk kunnskapsbilde av denne gruppas livssituasjon. Hovedfunnene går i to retninger: mange homoseksuelle er resurssterke og lever gode liv.

Samtidig rapporterer noen om store vanskeligheter. Et av de mest oppsiktsvekkende funnene var at så mange som en av fire av de unge lesbiske og homofile som deltok i undersøkelsen, hadde forsøkt å ta livet av seg. Rapporten viser at hver fjerde person under 25 år i dette utvalget har prøvd å ta sitt eget liv en eller flere ganger. Andelen som har vært plaget av tanker om å ta sitt eget liv de siste 14 dagene, var 6-7 ganger høyere enn i den generelle befolkningen (Hegna et al., 1999). I det følgende vises det en gjennomgang av relevant litteratur, hvor mange forfattere henviser til variasjoner over forkortelser som lhbtq: noe som betyr henholdsvis lesbisk, homofil, biseksuell, transkjønnet og queer (skeiv på norsk).

De høye tallene for suicidalitet og psykiske plager hos unge lesbiske og homofile førte til at Stortinget bad om en stortingsmelding som skulle legge vekt på tiltak. I Stortingsmelding nr. 25 (2000-2001) *Levekår og livskvalitet for lesbiske og homofile i Norge* ble selvmordsproblematikken blant unge lesbiske og homofile tatt opp spesielt. Blant annet utlyste Barne- og familiedepartementet i 2002 midler til informasjonsvirksomhet for å hindre diskriminering og fremme likebehandling og respekt for homofile og lesbiske i det norske samfunnet. Forebyggende informasjonstiltak overfor unge homofile og lesbiske i faresonen for å begå selvmord var et særskilt mål. Stortingsmeldingen understreker behovet for omfattende kompetanseheving, og opplæring av helsepersonell nevnes som nøkkelfaktorer. Behandlere skal være oppmerksomme på hvor viktig seksuell identitet er, slik at de kan utvikle en aksepterende holdning og tilegne seg kunnskap om homoseksualitet.

Oppfølgingsprosjektet *Tiltak mot selvmord 2000 – 2002* ble iverksatt av Statens helstilsyn (2000) og skulle sikre oppfølgings- og behandlingsrutiner for mennesker som er i selvmordskrise. Homofile og lesbiske var en av fem grupper som ble definert som særskilt satsningsområde i prosjektperioden. Videre heter det i oppfølgingsplanen at det vil være behov for økt forskningsinnsats og å innarbeide kunnskaper om homofile og lesbisk situasjon som en del av formidlingsstrategien i prosjektet. Dette fokuset på homoseksuelles situasjon har ikke blitt videreført i senere oppfølgingsplaner.

NOVA-rapporten (Hegna et al., 1999) og stortingsmeldingen førte til utarbeidelse av handlingsplaner i kommunene. Den første handlingsplanen ble vedtatt i byrådet i Oslo i 2006. Handlingsplanen legger spesielt vekt på behovet for å støtte unge homofile i identitetsutvikling, synliggjøre homofile med innvandrerbakgrunn, øke aksepten for homofile i idretten, og redusere mobbing av homofile skoleelever. Det er med andre ord lett å oppdage de sosialpolitiske tiltakene etter stortingsmeldingen, men det er vanskeligere å se de konkrete helserettede, selvmordsforebyggende tiltakene.

Flere forfattere og forskere har i tiden etter NOVA-rapporten og stortingsmeldingen publisert bøker og artikler som viderefører dette arbeidet. I 2001 kom antologien *Norsk homoforskning* ut og viser bredden i den nasjonale kunnskapsproduksjonen på området (Brantsæter et al., 2001). For eksempel hevder Morten S. Selle at i dagens helsevesen bør homoseksuelle kunne forvente å bli møtt med aksept og bekreftelse. Han understreker viktigheten av at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskaper om homoseksualitet, slik at mangelen på kunnskap i møte med pasienter ikke blir en ekstra byrde og i verste fall bidrar til økt selvmordsrisiko (Selle, 2001).

I 2006 kom boka *Lesbiske og homofile i møte med helse- og sosialtenesta* ut (Ohnstad & Malterud, 2006). Den setter fokus på et fagområde det finnes lite litteratur om, homoseksuelles møte med helsevesenet og ulike problemer i sammenheng med dette. Spekteret for temaene i boka er bredt, for eksempel suicidalitet, identitet, transseksualitet og helsearbeideres møte med marginaliserte pasienter. Etnolog Tone Hellesund (2006) skriver at enkelte unge menneskers lengsel etter normalitet og å bli som alle andre, kan bli dødelig og føre til selvmordsforsøk. Selvmord blant homoseksuelle kan settes i sammenheng med svært reell marginalisering og diskriminering i vår kultur. Psykolog Anbjørg Ohnstad (2006) viser hvordan kulturelle normer blir konturer for selvoppfatning, slik at å ha en integrert identitet som homofil er å tilpasse seg det heteronormative og den heterofile konstruksjonen av å være homofil. Professor i allmennmedisin Kirsti Malterud (2006) skriver at lesbisk frykt for ubehagelige følger av å fortelle om sin seksualitet kan føre til isolasjon, og på sikt bli en trussel mot selvfølelse og en slik helsebelastning at det kan føre til psykiske problemer.

Selv mord: Resultatene som kommer fram i NOVA-rapporten (Hegna et al., 1999) er tall som stemmer godt overens med nyere forskning og forskning fra andre land (McFarlane, 1998). Samtidige rapporter med NOVA-rapporten viste lignende resultater fra mange steder i verden, og at særlig homoseksuell ungdom, men også den voksne homoseksuelle populasjonen, var mer utsatt for selvmordsrisiko enn resten av befolkningen (Gould, 2003, D'Augelli et al., 2001, Bagley, & Mallick, 2000, Remafedi et al., 1998, Remafedi et al., 1991). Effekten homoseksualitet har på selvmordsrisiko virker å ha vært relativt konstant over forskjellige fødselskohorter de siste 30 årene (Herrel et al., 1999). Wichstrøm og Hegna (2003) fant i en longitudinell studie at sammekjønnsseksuelle erfaringer var signifikant prediktivt i forhold til selvmordsforsøk. Tverrsnittsstudier og longitudinelle epidemiologiske studier har funnet mellom to til seksdoblet risiko for suicidal adferd blant homoseksuell og biseksuell ungdom

(Gould et al., 2003, Russell & Joyner, 2001). Flere studier søkte så å identifisere prediktive faktorer for selvmord og selvmordsforsøk for lhb-ungdom, uten konkluderende funn (Hegna, 2007, D'Augelli, 2005).

En systematisk oversiktsartikkel fra 2008, som inkluderte 13706 forskningsartikler, viste at lesbiske, homoseksuelle og biseksuelle hadde høyere risiko for mental lidelse, suicidale tanker, rusmisbruk og selvskading enn heteroseksuelle (King et al., 2008). Resultatet av metaanalysen påviste en fordobling av risiko for selvmordsforsøk målt siste år, for lhb-populasjonen. En helt ny oversiktsartikkel viser at på tross av den sterke indikasjonen på økt risiko for suicidal adferd blant lhbt-personer, er fenomenet gitt begrenset oppmerksomhet gjennom forskning, intervensjoner og selvmordsforebyggende programmer rettet mot denne populasjonen (Haas, et al., 2011).

Psykisk lidelse, stigma, vold, skam, rusmisbruk og svekkede sosiale nettverk er temaer som tydeliggjorde seg i gjennomgangen av relevant litteratur om selvmord og ikke-heteroseksualitet. Disse temaene korrelerer på kjente og ukjente måter og gir indikasjoner på temaer det kan være nødvendig å utrede i selvmordsforebyggende arbeid.

Psykisk lidelse: Flere studier, fra land som Nederland, New Zealand, USA og Storbritannia, hevder at homoseksuell orientering er assosiert med en generelt økt risiko for mental lidelse som angst, stemningslidelser, rusmisbruk og selvmordstanker og -planer. (Gilman et al., 2001, Sandford et al., 2001, Fergusson et al., 2005, Kuyper & Fokkema, 2011, Chakraborty, 2011). I en australsk studie kom biseksuelle voksne dårligere ut enn homoseksuelle på angst, depresjon og negativ affekt, men begge gruppene kom dårligere ut enn heteroseksuelle (Jorn et al., 2002). Sosiale stressorer, som stigma og fordommer, er assosiert med mental helse i lhb-populasjoner (Mays & Cockran, 2001). Meyer (2003) foreslår en minoritets-stress modell for å øke forståelsen av den forhøyede prevalensen av mentale lidelser i lhb-populasjoner.

En studie med ikke-kliniske utvalg støtter tidligere funn som foreslår at lhb-ungdom er mer sårbare for psykiske helseproblemer (Lock & Steiner, 1999). Studiet mener å finne evidens for at internalisert homofobi kan være en av flere utløsende årsaker. En annen studie mener at sammenhengen mellom lesbiskhet og depresjon er kompleks og understøttes av maktkamper mellom dominante og alternative diskurser (Barnard, 2009). Flere studier foreslår at sammenhengen mellom psykisk lidelse og seksuelle minoriteter bør legge føringer for hvordan psykoterapi utøves med denne populasjonen.

Rusmisbruk: Ikke-heteroseksuell populasjon er utsatt for en spesiell risiko for alkohol- og rusmisbruk (McCabe et al., 2009, Marshal et al., 2009, Burgard et al., 2005). Grunner til dette er i følge en studie om lesbisk alkoholmisbruk blant annet: redusert selvfølelse, prevalens av suicid, religiøs påvirkning, seksuelt misbruk, komme- ut problematikk (Ricks, 2012). En amerikansk studie har funnet at lhb-ungdom har en forhøyet sjanse for rusmisbruk på 190 % i gjennomsnitt (Marshal et al., 2008). En studie knytter økt risiko for rusmisbruk til forhøyet identitetsforstyrrelse (Talley et al., 2011). En tidligere studie foreslår at økt rusmisbruk blant ungdom handler om å overkomme det sosiale stigma som ligger i homoseksualiteten (Rosario, Hunter & Gwadz, 1997). Beskyttelsesfaktorer, årsaksmekanismer og alternative forklaringer forblir for denne studien ukjente.

Stigma og skam: Hillier og Harrison (2004) beskriver hvordan dominante diskurser karakteriserer homoseksualitet som unaturlig og hvordan de feiler å speile alternative måter å leve på som positive og normale. Å leve i fiendtlige omgivelser øker risiko for rusbruk, depresjon og selvmord. Hatzenbuehler (2009) hevder i sin studie at seksuelle minoriteter konfronteres med økt stresseksposering på grunn av stigmatisering. Dette stigmarelaterte stresset skaper økt emosjonell dysregulering og sosiale og interpersonlige problemer. Videre kan det føre til kognitive prosesser som øker risiko for psykopatologi. Disse prosessene medierer i sin tur relasjonen mellom stigmarelatert stress og psykopatologi. Hatzenbuehler (2009) argumenterer for at et slikt rammeverk teoretisk sett, kan illustrere hvordan stigma påvirker mental helse og dermed bør med i betraktning ved vurdering av kliniske intervensjoner.

Skam er en kraftfull emosjon i denne sammenheng og dukker opp som fenomen i litteratur og litteratursøk. Fullagar (2003, 2005) diskuterer betydningen av skam som affekt i tilknytning til ungdommers redegjørelse for suicidale erfaringer. Hun mener det er nødvendig å forstå dynamikken mellom skam og kraften affekter kan ha i konstitueringer av ungdommers opplevelse av subjektivitet. McDermott, Roen og Scourfield, (2008) viser hvor kompleks sammenhengen kan være mellom selvskading og ungdommers seksuelle identitet. Studien peker på at homofobi kan utløse strategier som selvskading i et forsøk på å unngå skamfølelse.

Vold: NOVA-rapporten viser at lesbiske er dobbelt så utsatt for vold, sammenlignet med den generelle befolkningen (Hegna et al., 1999). Fem ganger så mange unge homoseksuelle er

utsatt for trusler om vold, sammenlignet med unge i den generelle befolkningen. Nyere studier viser lignende resultater: seksuelle minoritetsungdommer i USA og Canada rapporterer høyere forekomst av vold og fysisk misbruk, enn likealdrende heteroseksuelle. For eksempel rapporterer biseksuelle ungdommer mer enn dobbelt så mange seksuelle overgrep og vold som heteroseksuelle (Saewyc et al., 2006).

En norsk studie viser at lhb-ungdommer er utsatt for høyere risiko for vold enn heteroseksuelle ungdommer, og 23 % av guttene i utvalget rapporterte om daglig trakassering (Moseng, 2007). En ny oversiktsstudie viser at forskningen på vold (mellom 1989-2009) mot lhb-populasjon kan ha noe metodiske svakhet i forhold til sannsynlighetsutvalg versus andre utvalgsmetoder. Artikkelen repliserer at det er en forhøyet risiko for vold i denne populasjonen, særlig for lesbiske og biseksuelle kvinner, og foreslår klare implikasjoner for økt beredskap i klinisk sammenheng (Rothman, 2011)

Nettverk: Svake sosiale nettverk regnes, ved siden av tunge psykiske lidelser og høyt alkohol forbruk, som en viktig utløsende faktor ved selvmordsproblematikk. En nærliggende forklaring på selvmord blant homoseksuelle ser ut til å være at de har svake sosiale nettverk (Moseng, 2001). Problemer med å akseptere seg selv som homoseksuelle, følelse av isolasjon og ensomhet, ønske om å komme bort fra en uutholdelig situasjon og avmakt i forhold til framtiden er de fire mest vanlige motivene som blir oppgitt for selvmordforsøk i NOVA-rapporten (Hegna et al., 1999). Homoseksuelle ungdommer er særlig utsatte for ensomhet i følge Martin og D'Augelli (2003). Dette er funn som bør gi retning for kliniske intervensjoner.

Terapeutfaktorer: Betydningen av at terapeuter har kunnskap om seksuelle minoriteter og vilkårene de lever under understrekes i tidligere forskning (Mohr, Israel & Sedlacek, 2001, Malley & Tasker, 2007, Israel et al., 2008). Homorelatert stress og minoritetsstress er begreper som er brukt for å beskrive institusjonell og individuell diskriminering. Dette er belastninger som behandlere ofte ikke ser effekten av (King et al., 2008). Eubanks-Carter, Burckell og Golfried hevder at terapeuter trenger kunnskap om spesifikke utfordringer som ikke-heteroseksuelle har, for å kunne avgjøre i hvilken utstrekning disse påvirker pasientene. Dermed kan ikke-heteroseksuelle behandles på en kompetent måte uten å legge for mye eller for lite fokus på pasientenes seksuelle identitet (Eubanks-Carter et al. 2005).

Terapeutkvaliteter som foretrekkes av et lhb-utvalg er i følge Burckell og Goldfried: spesifikke *kunnskaper* om ikke-heteroseksuelle problemstillinger av betydning, *anerkjennelse* og terapeutisk *allianse* (Burckell & Goldfried, 2006). Evner til å skape terapeutisk allianse er noe de fleste terapeuter bruker og besitter, dermed står akkumulering av lhb-kunnskap og anerkjennelse av dette igjen som den mest åpenbare anvisningen fra et brukerperspektiv. En ny studie har kartlagt hjelpsomme og mindre hjelpsomme sider ved terapeuter i møte med lhbtklienter. Forskerne registrerte måter terapeutene viste skjult diskriminering på overfor klientene, benevnt som mikroaggresjoner (Shelton & Delgado-Romero, 2011). Forfatterne mener at slike mikroaggresjoner er uunngåelige, selv for terapeuter med gode intensjoner, og at det beste er å innrømme denne heterosexismen og forholde seg til det. Da kan det bli en kilde til vekst. Eubanks-Carter et al., (2005) hevder noe lignende, at terapeuter kan være ubevisste på hvordan den patologiske måten å tenke om homoseksualitet på fortsatt preger tanker, følelser og adferd på subtile måter. Økt refleksivitet på egne områder kan øke klinisk effektivitet med ikke-heteroseksuelle.

En svensk studie undersøkte den terapeutiske prosessen med et hbt-utvalg med en allianseteoretisk analyse. Studien viste at terapeutene hadde mangel på kunnskap om seksuelle minoriteter. Den fant at informantene opplevde en spesiell mangel på kunnskap hos terapeutene om hva kjønnsidentitet er og innebærer (Nilsson & Jensen, 2010). Dette bekreftes av andre studier (Darj, 2008, Sheerin, 2009). Betydningen av at terapeuten har reflektert over sin egen posisjon og samfunnet fra et hbt-perspektiv løftes fram av både informanter og forskere (Garnets et al., 1991). Ohnstad (2005) utfordrer terapeutstanden med å hevde at det for alle terapeuter ville være et stort, men ikke uoverkommelig arbeid, å lære seg normer for marginaliserte grupper i samfunnet.

Av redsel for å møte negative reaksjoner fra behandlere er det mange pasienter som holder tilbake opplysninger som identifiserer dem som ikke-heteroseksuelle. Knappe to av ti homoseksuell er helt åpne om sin seksualitet i møte med helsepersonell. Dette lave nivået av åpenhet øker risikoen for irrelevant eller feil behandling (Moseng, 2005) og kan gi grunnlag for dårlig selvmordsforebyggende arbeid. For kan fravær av intervensjoner gjøre skade?

Beskyttelsesfaktorer: Det foreligger en anseelig mengde forskning på faktorer som øker risiko for selvmord blant homoseksuelle. Det er derimot lite forskning på beskyttelsesfaktorer i denne sammenheng. Fenaughty og Harré (2003) undersøkte selvmordsresiliens blant unge homoseksuelle menn i New Zealand. De fant at beskyttelsesfaktorer som positive sosiale

normer, mye sosial støtte, identifisering med rollemodeller og høy selvaktelse er av stor betydning. Forskerne mener at det er balansen mellom risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer som er nøkkelen til å forstå homoseksuelles økte suicidalitetsrisiko. Andre foreslår at familiesamhørighet og religiøsitet kan gi beskyttelse, men at dette ikke er tydelig forskningsmessig avklart (Gould et al., 2003). Andre studier viser at entydig seksuell identitetsforståelse virker beskyttende med hensyn til selvmordsadferd (Pathela et al., 2006). Det betyr at menn som har sex med menn, men som ikke forstår seg selv som homoseksuelle er mer utsatt for risikoadferd med hensyn til rus og usikker sex, enn menn som forstår seg selv som homoseksuelle. Forskning på beskyttelsesfaktorer ser ut til å være et nødvendig satsningsområde.

Kritikk: Kritikken mot forskning på ikke-heteroseksuelle populasjoner dreier seg blant annet om at ikke-heteroseksuelle grupper i forskningen behandles som om de er homogene. (Meezan & Martin, 2003). Ulempen med dette er at det kan ha ført til en mulig overgeneralisering. Nyere forskning har da ført en nøyere avgrensning om hvilke populasjoner de enkelte forskningsresultatene gjelder for. Meezan og Martin (2003) diskuterer også fordeler og ulemper med at lhbtq-forskere ofte har et innenifra-blikk. De etterlyser større kompleksitet i begrepsmessig forståelse og forskningsdesign.

Et annet problem med homoforskning er at det er spesielt vanskelig å skaffe informanter fra enkelte undergrupper. De som ikke selv identifiserer seg med en lhbtq-tilhørighet er vanskelig å finne, slik som hos Hegna et al., (1999) som fant hovedvekten av informanter i medlemsregistret og abonnementslister fra henholdsvis Landsforeningen for lesbiske og homofile og magasinet Blikk. Faren med denne typen rekruttering er at de som ikke identifiserer seg som lhbtq-person, er forskningsmessig svært interessante, men forblir ekskluderte fra forskning.

I motsetning til å anta at lhbtq-kategorier er utsatt for spesiell selvmordsrisiko, finnes det forskning som stiller seg kritisk til dette og hevder at en slik forståelse er begrensende. Enkelte argumenterer (Rasmussen, Rofes & Talburt, 2004) med at vektleggingen av lhb-ungdom som risikogruppe for selvskading og selvmord er uheldig. Disse forskerne hevder at risikoorientert karakterisering av lhb-populasjoner er problematisk og bør ideelt sett unngås.

Oppsummering litteratur: Det er flere faktorer som assosieres sterkt med selvmordstanker og -adferd hos ikke-heteroseksuelle. Det kan være psykisk lidelse, rusmisbruk, stigma, skam,

vold og ærekrenkelser, tidligere selvmordsforsøk, brudd i relasjon og manglende sosialt nettverk. Litteratursøk på disse temaene ga mange treff, og jeg har her vist til et utvalg.

Psykiater Morten S. Selle hevder at marginaliserte pasienter ikke trenger annen tilnærming enn andre pasienter, men at det er viktig å ha kjennskap til visse forhold som i perioder kan ha betydning for marginaliserte pasienter. Hans forslag til temaer er annerledeshet, avvisning, isolasjon, mangelfull speiling og bekreftelse, skam, internalisert homofobi og tapsopplevelser (Selle, 2007). Jeg mener i motsetning til Selle at det ser ut til å være nødvendig med en annen tilnærming, fordi litteraturen indikerer at det er temaer som er av betydning for selvmordsforebyggende arbeid. Spørsmålet er om denne tilnærmingen kunne tilgodeses flere pasienter, nettopp for å fange de som ikke selv identifiserer seg som ikke-heteroseksuelle. Hensiktsmessig selvmordsforebyggende arbeid bør, etter indikasjon av denne forskningslitteraturen, ta høyde for muligheten av at det er flere temaer som samvarierer i kartlegging, utredning og selvmordsforebyggende behandling av pasienter.

Etikk

Grenser disse spørsmålene opp mot etiske problemstillinger? Det stilles høye krav til etisk bevissthet og refleksjonsevne hos psykologer og leger, og vi foretar verdivalg når vi utreder og behandler. Menneskesyn og oppfatninger vi har av kunnskap preger våre oppfatninger om faglighet. Norsk Psykologforening vedtok i 2007 en *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk behandling* som bygger på American Psychological Association (APA) sin prinsipperklæring fra 2005. Med evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) menes en integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål. Viktige pasientegenskaper som funksjonsnivå, endringsvillighet og grad av sosial støtte, har innvirkning på resultatene av terapeutisk behandling. Andre viktige faktorer er i følge erklæringen sosiokulturelle faktorer og familiefaktorer som kjønn, kjønnsidentitet, familiestruktur og seksuell orientering. Jeg har etterspurt om Den norske legeforening har en tilsvarende prinsipperklæring, uten å få svar.

APA har i tillegg egne retningslinjer for praksis med lhb-klienter som er mer spesifikke enn den norske EBPP-erklæringen: for eksempel sier guideline nr. 1: "psychologist strive to understand the effect of stigma (i.e., prejudice, discrimination, and violence) and its various contextual manifestations in the lives of lesbian, gay, and bisexual people" (APA, 2012). Norsk Psykologforening arbeider ikke med og har ikke vedtatt noe lignende.

Hva kan denne studien bidra med?

Det er et stort gap mellom mainstream-psykologi og lhb-psykologi (Goldfried, 2001). Jeg håper at denne studien kan være et lite bidrag til å påpeke en uhensiktsmessig distanse mellom disse to fagområdene. Jeg ønsker å øke bevisstheten for *den andres* behov. Jeg mener det i litteraturgjennomgangen underbygges en solid forståelse av vansker og belastninger som ikke-heteroseksuelle kan oppleve og som gir retning for selvmordsforebyggende arbeid i psykisk helsevern. Jeg ønsker å undersøke hva slags forståelsesrammer og ideer informantene bygger på i møte med pasienter rundt disse emnene. Det er ønskelig at oppgaven klarer å generere ny kunnskap og at eventuelle funn kan bidra til en eventuell praksisendring og stimulere til ytterligere forskning i dette feltet.

Problemstillinger

1. På hvilke måter er det i terapirommet åpenhet rundt temaer som kjønn, seksualitet og seksuell orientering i møte med pasienten? Hvordan snakker og undersøker terapeuter pasientenes egne tanker om kjønn, identitet og seksualitet? Eventuelt hvorfor undersøkes det ikke?
2. Hva slags erfaringer har terapeuter på disse områdene? Hvordan påvirker dette hvordan pasientene utredes og behandles?

Metode

Jeg hadde tidlig i prosessen et klart ønske om å benytte meg av kvalitativ fortolkende metode og skaffe til veie egengenererte data på temaer som seksualitet og identitet, fordi jeg er interessert i det Haavind kaller opplevelsesfenomenenes meningsinnhold, heller enn deres utbredelse og styrke (Haavind, 2000). Det er den innvendige sammenhengen i materialet aktørene skaper og bruker som jeg ønsker å fokusere på. Dette prosjektet søker å ha en eksplorerende stil og ønsker å undersøke opplevelser, derfor valgte jeg fokusgruppeintervjuer og tematisk analyse som hovedmetoder.

Rasjonale for valg av forskningsmetode og design

Jeg har gjennom dette prosjektet et oppriktig ønske om å forstå hva som foregår av tanker og (språk)handlinger hos terapeuter som behandler pasienter med psykoseproblematikk, rundt temaer om kjønn, seksualitet og identitet. Dette er i utgangspunktet ikke lett tilgjengelig kunnskap. Kompliserende er det når jeg, sammen med informantene, er på jakt etter hva slags

betydning kjønn, seksualitet og identitet kan ha for tredjepersonens, den marginaliserte pasientens, selvforståelse. Denne oppgave sikter mot en mer kompleks forståelse av dette feltet. Oppgaven er et selvstendig og uavhengig forskningsprosjekt, og jeg er den eneste ansvarlige for opplegg og gjennomføring.

I dette prosjektet ønsket jeg å se etter likheter og ulikheter mellom informantene, noe som kan føre til en opptelling for å finne tendenser i materialet, altså en kvantifisering innenfor fortolkende, kvalitativ metode. Jeg ønsker å se om prosjektet kan identifisere trekk ved datamaterialet som kan beskrives og forklares, slik at eventuell ny kunnskap om temaet kan framlegges. Fortolkende metode er en generativ prosess, og standardiserte oppskrifter er verken mulig eller ønskelig (Haavind, 2000). Det er en refleksiv konfrontasjon med materialet, hvor forskeren er plassert i en kunnskapssituasjon som rammer inn forslag til fortolkning. Arbeid med informanter vil uvegerlig involvere forskerens subjektive fortolkning og engasjement, noe som gjør det maktpåliggende å redegjøre for eget ståsted.

Ontologisk og epistemologisk utgangspunkt

I psykologi som fag, er det ikke uvanlig at de fortolkende sidene ved forskning dempes, ved at forskeren plasserer seg utenfor og søkende etter en upåvirkethet av det feltet hun studerer (Haavind, 2000). Men jeg stiller meg tvilende til at en slik objektiv, og dermed verdifri forskning, er mulig. Særlig når målet er mening om og forståelser av et fenomen som er til dels vanskelig tilgjengelig, for både forsker og forskningsobjekter.

All kunnskap er situert, har et ståsted, hevder Haraway (1991) og mener at virkeligheten er observerbar, men ikke noe vi som forskere kan distansere oss fra. Situert kunnskap betyr både en kritikk av troen på universell og allmenngyldig kunnskap og en klargjøring av forskerens ståsted, politiske preferanser og selvforståelse. Ingen er objektive, alle forskere er situerte.

Forskerens ontologiske og epistemologiske ståsted er et viktig utgangspunkt for et forskningsprosjekt og bør redegjøres for. Hva slags oppfatning har jeg som forskersubjekt av virkeligheten og hvordan innhenter jeg kunnskap om denne virkeligheten? Hvor kommer forskningsspørsmålene mine fra? Jeg har innledningsvis uttrykt en skepsis til en objektiv og verdifri forskning som assosieres med et positivistisk forskningsparadigme, som hevder eksistensen om én overordnet sannhet. Min forståelse av den sosiale virkeligheten er at den i stor grad samskapes og forhandles av deltagerne gjennom språk og kontekst og endres over tid. Det terapeutiske rom er, etter min mening, ikke ekskludert fra denne prosessen. Dette kan

kalles et sosialkonstruktivistisk ståsted. Sosialkonstruktivismen er en fellesbetegnelse for flere teorier om kultur og samfunn, og teoriens nøkkelpremisser har røtter i blant annet fransk poststrukturalistisk teori (Jørgensen & Phillips, 1999).

Sosialkonstruktivistisk analyse åpner opp for teoretisering over sosiokulturell kontekst og strukturelle betingelser, som vektlegger at individuelle erfaring er sosialt produsert og reproduert. Dette står i et motsetningsforhold til en kognitivistisk forståelse av språk og språkhandlinger som en avbildning av en ekstern verden eller som produkter av underliggende mentale representasjoner av verden (Edwards & Potter, 1992).

Tematisk analyse åpner opp for flere mulige epistemologiske drøftelser, både realist/essensialistiske og sosialkonstruktivistiske paradigmer (Braun & Clarke, 2006). Mine forskningsspørsmål og mitt epistemologiske utgangspunkt er utformet fra et sosialkonstruktivist ståsted, hvor kunnskap og verdier ikke kan gripes som stabile og sanne konstruksjoner. Jeg ser språket som en måte å få tilgang til informantenes opplevelser. Språk og språkhandlinger kan sees på som uttrykk for diskurser og vise eksplisitt og implisitt makt. Kunnskap og meninger om seksualitet, identitet og selvforståelse er ikke faste, men endres over tid og situasjoner. Hvilken teori jeg slutter meg til for å forstå betydninger av kjønn, seksualitet og identitet blir avgjørende for forståelsen av fenomenet. Jeg sammenfatter mitt ontologiske og epistemologiske ståsted som sosialkonstruktivistisk.

Refleksivitet

Refleksivitet er en nødvendighet i fortolkende forskning og betegner en rekke overveielser i forskningsprosessen. Refleksive prosedyrer er konsekvente oppfølginger av det sosialkonstruktivistiske standpunkt (Jørgensen & Phillips, 1999). Flere typer er identifisert, blant annet skriver Carla Willig (2008) om to typer refleksivitet som er involvert i kvalitativ forskning: personlig og epistemologisk refleksivitet.

Personlig refleksivitet involverer en vurdering av hvordan forskeren påvirker og guider forskningen. Det er min mening at forskning på forståelser av kjønn og seksualitet er et omstridt felt, og omstridte felt egner seg for kritisk granskning av forforståelser og oppdagelser, i følge Haavind (Haavind, 2000). Dette gjelder både mine egne og informantenes. Jeg som har gjennomført dette prosjektet kan beskrives på mange måter, relevant i denne sammenheng er at jeg er kommende psykolog og identifiserer meg som lesbisk. Jeg har i flere år jobbet profesjonelt journalistisk med homorelaterte spørsmål om blant annet helse, politikk og levekår. Videre har jeg gått i forskjellige typer terapi som åpent

lesbisk og har gode og mindre tilfredsstillende erfaringer fra det. Jeg har arbeidserfaring fra psykisk helsevern, både som studentterapeut og miljøarbeider. Til sammen besitter jeg erfaring og kompetanse som psykologistudent, journalist, pasient og pårørende og har forforståelser knyttet til disse erfaringene i utarbeidelsen av dette prosjektet.

Epistemologisk refleksivitet dreier seg om metodene som anvendes, kanskje fordi kvalitativ metode på mange måter bryter med konvensjonell metode innefor psykologi (Magnusson & Marecek, 2010). Både datainnsamling og analyse bestemmer hva slags svar man kan få på spørsmål. Har min utforming av forskningsspørsmålene begrenset hvilke svar som er mulige å få? En sosialkonstruktivistisk tilnærming innebærer å flytte perspektivet på kjønn, seksualitet og identitet fra noe som er *i* personen, over mot språklige kategorier og diskursive praksiser. Jeg vurderer det slik at mine forskningsspørsmål blir best besvart i en slik forståelsesramme. Samtidig er jeg åpen for at et annet perspektiv kanskje ville gitt andre svar og også trengt andre spørsmål.

Refleksivitet i samspill er en tredje type og handler om interaksjoner mellom intervjuer og informanter. Intervjusituasjonen kan ha virkninger ut over selve samtalen, både på informanter og intervjuer (Magnusson & Marecek, 2010). Informantenes potensielle negative etter-reaksjoner på samspillet i gruppene kan følges opp med individuelle etter-intervjuer. Det ble ikke vurdert som nødvendig i dette prosjektet. Min egen opplevelse av interaksjonene var at jeg ble styrt av stemninger i gruppene på hvilke spørsmål jeg var bekvem med å stille. En av gruppene framsto for meg med en økende motstand under intervjuets gang. Jeg fikk en opplevelse av at jeg stilte uvesentlige spørsmål om marginale problemstillinger, ikke om marginaliserte pasienter. Dette gjorde meg usikker på om prosjektet hadde mening og betydning for andre enn meg.

Troverdighet og gyldighet

Bondevik og Bostad (2003), skriver at det er vanskelig å snakke om absolutte og sikre fortolkninger fordi vi er, innlysende nok, alle forskjellige. Det gir lite mening å snakke om absolutte, riktige fortolkninger. På tross av dette er ikke fortolkning fullstendig relativ og tilfeldig. Viktigere er det å se på hvordan vi som forskere belegger, begrunner og argumenterer for fortolkningen (Bondevik & Bostad, 2003).

I resultatdelen presenteres det jeg mener tydeliggjør seg i dette datamaterialet ved bruk av sitater og kommentarer. Det er av betydning for troverdigheten i fortolkende forskning at det undersøkte materialet og tolkningsprosessen er tydelige for andre (Magnusson & Marecek, 2010). Det jeg trekker sammen og formidler som vesentlig, vil være min forståelse

av informantene. Kanskje er det ikke slik informantene selv oppfatter seg? Det har likevel vært mitt mål under dette arbeidet at det jeg ser i dette materialet som forsker, også kan oppfattes av andre forskere (Haavind, 2000).

Et aktuelt spørsmål i denne sammenhengen er om resultatene er generaliserbare. Hva slags generaliseringer er det mulig å foreta ut fra kvalitativ metode. Gjelder mine funn for andre behandlere og terapeuter? Kan de videre utvides til gyldighet for en større gruppe helsepersonell? Det kan hevdes at målet for undersøkelsen ikke er å avdekke generaliseringer, men å skape interessante forståelser som kan være nyttige for andres forskning. En annen måte å avgjøre gyldighet på er ved å vurdere analysens fruktbarhet (Potter & Wetherell, 1987). Dette vil dreie seg om analysens forklaringspotensial og evne til å skape nye forståelser.

Rasjonale for valg av informanter

Jeg ønsket å rekruttere informanter fra deler av psykisk helsevern som behandler pasienter med psykoseproblematikk. Dette er ikke en oppgave om psykose som sådan, men psykose som fenomen er valgt ut fra en tanke om at denne kategorien i psykisk helsevern kan åpne for interessante refleksjonsrom, hvor temaer som lhbtq-forskning, generell psykologi og ideologier i psykisk helsevern møter hverandre. Jeg har flere års arbeidserfaring fra psykoseavdelinger og har opplevd hvordan nær sagt alle pasienter fortolkes og struktureres i heteronormative føringer. Disse opplevelsene har økt min nysgjerrighet på hvordan behandlere kunnskapsmessig underbygger sitt terapeutiske arbeid, hva de tenker om kjønn, seksualitet og identitet og hvordan dette spiller seg ut i den kliniske hverdagen.

Psykose er en heterogen lidelse og kan snakkes om i flertallsform, som psykoselidelser, men for oversiktens skyld anvendes her begrepet psykose, psykosepasienter og psykoselidelse. Psykose som begrep referer i denne teksten ikke utelukkende til schizofreni. Selvmordsvurderinger er et viktig aspekt ved behandling av psykosepasienter. Litteraturen foreslår økt selvmordsrisiko for ikke-heteroseksuelle. Dette prosjektet ønsker å undersøke hvordan denne risikofaktoren kartlegges i psykisk helsevern. I tillegg er det et interessant aspekt hvordan terapeuter møter pasienter med stort lidelsestrykk.

Er det kanskje slik at hvilken teoretisk forståelse behandlere har av psykose, gir retning for hvorvidt kjønn, seksualitet og identitet er viktige behandlingstemaer eller ikke? Det er flere epistemologiske måter å forklare psykose på, for eksempel den biomedisinske modellen, hvor etiologiske forklaringer viser til dysfunksjoner i organismen, for eksempel i

synapser eller ventrikler. Den biopsykososiale forståelsesmodellen ble lansert som et alternativ til den biomedisinske modellen. Den la vekt på å forstå sykdom helhetlig i lys av både biologiske, mentale og sosiale faktorer. Igjen andre måter å gripe forståelsen av psykose på er gjennom fenomenologisk basert forståelse av psykose. Psykiater Paul Møller (2000) skriver i sin doktorgrad om prodromalfasen ved psykose og hevder at selvforståelse er avgjørende ved psykose, og at brist og svekkelser i denne selvforståelse er hovedutfordringen i behandling av denne pasientgruppa. Hans forståelse av psykose er at den er et resultat av en subjektivitetsforstyrrelse. Det grunnleggende menneskelige fenomenet subjektivitet blir endret under psykosen, og det er identitetsopplevelsen eller selvopplevelsen som fordreies (Møller & Husby, 2003). Kartleggings- og utredningsprosessen er, for Møller, starten på en relasjonsbygging hvor alt gjennomdrøftes og behandles, noe som understreker betydningen av åpenhet gjennom hele prosessen. Legger vi en slik fenomenologisk forståelse til grunn kan det være av stor betydning å snakke om temaer som kjønn, seksualitet og identitet med pasienter med psykoseproblematikk.

Begrunnelsen for å benytte informanter fra denne delen av psykisk helsevern er at jeg ønsker å trekke det som kalles et strategisk utvalg (Mason, 2002). Målet er at dette prosjektet, gjennom utvalget, skal kunne produsere en kontekst som viser hvordan ideer, fenomener og forståelser anvendes i møte med pasienter. Utvalget er ikke basert på representativitet, men vurderes som å være typisk, det vil si at dette prosjektet kan gjøre en empirisk basert generalisering. Antagelsen er at dette utvalget, gjennom denne kvalitative analysen, skal kunne vise forståelser som kan være gyldige for en videre populasjon, som helsepersonell.

Rekruttering av informanter

Å skaffe informanter til forskning er ofte utfordrende, og dette prosjektet var intet unntak. Å skaffe til veie informanter fra psykoseavdelinger viste seg å bli vanskeligere enn antatt. Jeg ønsket i utgangspunktet å begrense defineringen av informanter til kun å gjelde psykologer med erfaring fra psykosepasienter i psykisk helsevern. Det ble vurdert til å være for snevert i forhold til hvordan fokusgruppene skulle utformes rent praktisk. Prosjektet åpnet derfor raskt opp for en utvidelse ved å legge til psykiatere og leger i spesialisering som potensielle informanter. Dette var også ansett som en fordel for lettere å kunne danne hele fokusgrupper fra samme avdeling.

Jeg hadde flere tilnærmingmåter i rekrutteringsfasen, som muntlige forespørsel til potensielle deltagere på psykoseposter, e-posthenvendelser og telefonhenvendelser til

avdelings- og enhetsledere, individuelle psykologer og psykiatere i hele Oslo-området. Typisk tilbakemeldinger var ”dette er interessant, men det er ikke mange nok på avdelingen som ønsker å delta”. Private nettverk og bekjenskaper ble forsøkt benyttet, noe som gav noe bedre resultater, muligens på grunn av sterkere sosialt press til å si ja til deltagelse. Underveis i prosessen med å skaffe informanter forsto jeg at prosjektet var truet av å ikke få nok deltagere, og bestemte da å utvide nedslagsfeltet til også å gjelde behandlende sykepleier. Dette økte tilfanget med den nødvendige siste fokusgruppa. Disse rekrutteringsvanskene førte til at prosjektet ble flere måneder forsinket.

Oppgavens karakter med fokus på terapeutenes tanker, handlinger og erfaringer i forhold til sensitive temaer kan ha vært medvirkende til rekrutteringsvanskene. Det har derfor vært vesentlig å understreke ydmykhet overfor prosjektet og deltagerne, både i rekrutteringsprosessen, gjennomføring og i etterarbeidet. Samtidig har det vært nødvendig å balansere og utfordre, slik at prosjektet ikke skulle miste sin eksplorerende kraft. Jeg håper og tror at forventet risiko eller ubehag, står i forhold til forventet nytte i dette prosjektet. Terapeuter som blir intervjuet om tanker og erfaringer de har om sitt profesjonelle arbeid må kunne sies å være en relativt resurssterk informantgruppe. Jeg håper å ha funnet en slik balanse, og jeg håper prosjektet vil avdekke nye meninger som kan være av positiv betydning, også for deltagerne.

Utvalget

Utvalget består av terapeutiske behandlere i Psykisk helsevern i Oslo-området, med forskjellig fagbakgrunn. Terapeut og behandler er beskrivende begreper om informantene og brukes om hverandre i denne sammenhengen. De henviser til psykologer, spesialsykepleier, psykiatere, og leger i spesialisering som alle utøver psykoterapeutisk behandling i psykisk helsevern. Avdelingene har ulike inntaksvurderinger med hensyn til alder og diagnoser på pasienter. Slik oppgaven er avgrenset gjennom litteratur og metode, har det vært ønskelig at informantene er representative med hensyn til forskjellig fagbakgrunn, fartstid og erfaringer. Det var ønskelig med fire fokusgrupper for å få rikt datamateriale. De fire fokusgruppene ble samlet til samtaler i arbeidstiden, på arbeidsstedet til deltagerne, med en varighet på ca. halvannen time. Samtalene er dokumentert i form av lydopptak. Gruppenes størrelse var fra to til fire deltagere, 14 informanter totalt: seks psykologspesialister, en psykolog, tre psykiatere, tre leger i spesialisering og en spesialsykepleier. Kjønnfordelingen var tre menn og elleve

kvinner. Etnisitet var ikke en faktor som var tatt i betraktning ved rekruttering, men for ordens skyld: en stor overvekt viste seg å være såkalt etnisk norske.

Datainnsamling med fokusgrupper

For å få et rikt datamateriale vurderte jeg gruppeintervjuer som hensiktsmessig. I fokusgrupper er interaksjonen mellom deltagerne og deres diskusjon av et gitt tema av interesse (Morgan, 1997). Innledningsvis la jeg vekt på å formidle til deltagerne at jeg ønsket forskjellige perspektiver, diskusjoner, uenigheter og spørsmål mellom deltagerne og ikke bare enkeltutsagn til konkrete spørsmål fra hver og en. I alle gruppene gikk diskusjonen i stor grad mellom deltagerne, så vel som mellom meg og deltagerne. Det at deltagerne snakker med hverandre, gjør fokusgrupper annerledes enn dybdeintervjuer, fordi deltagerne uttaler seg og hører andres meninger og reflekterer videre over sine standpunkt. Å høre kan bli like viktig som å snakke, og kan tilføre materialet ytterligere raffinement (Finch & Lewis, 2003).

Et annet trekk ved fokusgrupper er den spontaniteten som oppstår i den sosiale konteksten. I responser til hverandre viste deltagerne sine referanserammer i forhold til de temaene som ble diskutert. Språket som anvendes, hva som vektlegges og det generelle rammeverket for forståelse, vises på mer spontane måter (Finch & Lewis, 2003). I en fokusgruppe kan måten informantene uttrykker og framstiller seg på i forhold til andre deltagere, vise hvordan de normative praksiser er nedfelt i den kulturen som informantene representerer (Hyde et al., 2005). Dette prosjektet ønsker nettopp å se på hvilke diskurser og normative forståelsesrammer informantene beskriver seg og sine tanker gjennom. Fokusgruppemetoden egner seg da for eksplorering av mine forskningsspørsmål.

Intervjuene bygget på en semistrukturert intervjuguide som fungerte som en emneguide. Dette ble vurdert som hensiktsmessig for at jeg, sammen med deltagerne kunne finne de mest relevante emnene som skapte mest diskusjonen i de forskjellige gruppene. Alle spørsmålene og temaene ble derfor ikke brukt i alle intervjuene, og gruppene var forskjellige på hvilke tema som skapte mest meningsutveksling. I tillegg til mine spørsmål, oppfordret jeg også informantene til å komme med historier fra klinisk praksis for å øke tilfanget av potensielt rikt datamateriale.

Fokusgrupper har også den egenskapen at de samler mange og manges synspunkter på en gang. Jeg hadde et ønske om at fokusgruppene skulle virke interaktive og åpne opp for diskusjoner, motsetninger og eventuelle u/enigheter. Samtidig kan gruppesamtaler virke stoppende på enkelte og enkelte utsagn. Dette kan være en potensiell fare for troverdigheten

(Wibeck, 2010). Troverdigheten i fokusgruppestudier kan svekkes om deltagerne ikke sier hva de tenker på grunn av gruppepress eller andre opplevde trusler, samt om de overdriver eller underdriver for å gjøre inntrykk eller overtale andre deltagere til en bestemt mening. Dette kan føre til at deltagerne sier hva som er sosialt akseptabelt og utelater informasjon som ikke er sosialt ønskelig. De kan av redsel for å sjenere andre avstå fra å uttale seg om et sensitivt emne. Men dette kan også sees på som resultater i seg selv, det kommer an på forskningsspørsmålet. En annen måte å se på gruppepress og sosial kontroll på er at det som sies i et fokusgruppeintervju, kan avspeile det som også er legitimt å si i arbeidsmiljøet. Det kan være de samme sosiale kontrollmekanismene som er i virksomhet i begge kontekstene. På en annen side åpner fokusgruppeintervjuer opp for at deltagerne kan beskrive og gi mening til utvalgte deler ved sitt arbeid, uten å måtte forholde seg til predefinerte svar (Wibeck, 2010).

I utgangspunktet kan fokusgruppemetoden framstå som lite egnet til utforskning av sensitive temaer, sammenlignet med individuelle intervjuer (Wellings, Branigan & Mitchell, 2000). I en gruppe er det mange "ører", og fortrolighet og konfidensialitet kan oppleves å være redusert. Likevel viser forskning at fokusgruppemetoden utløser responser og meninger om sensitive temaer som ikke genereres av andre typer forskningsmetoder. For eksempel kan divergerende meninger uttrykkes nonverbalt gjennom humor og nølinger. Studien understreker at gruppedynamikk må tas med i betraktning, ikke som et problem og en plage, men som data (Wellings et al., 2000). Derfor er det nødvendig å ha oppmerksomhet på gruppeinteraksjoner. Dette var trekk ved datamaterialet som jeg ble mer oppmerksom på i analysens gang. Gruppene framsto som forskjellige på dette planet, noen var klart mer uenige med hverandre og utfordret hverandre aktivt, mens andre virket mer opptatt av å være enige. Gruppene varierte med hensyn til bruk av humor, nølinger og andre nonverbale virkemidler.

Det har vært utfordrende som studentterapeut å intervju terapeuter som stort sett var erfarne behandlere, om hvordan de jobber terapeutisk med sensitive spørsmål. Prosjektets art har hatt som utgangspunkt å finne ut hvordan sensitive temaer kartlegges og behandles, med en forforståelse av at det kan være mangler i utredningen. Dette kan, for noen av informantene, ha gitt meg en posisjon som kritisk og kan ha ført informantene i en forsvarsposisjon. Dette kan ha gitt datamaterialet en bestemt valør og retning.

Transkripsjoner og anonymisering

Alle transkripsjoner er gjort av meg som har tilstrebet å gjengi samtalene så ordrett som mulig, etter en ortografisk transkriberingsmetode. Dette gjør at transkripsjonene, og da også

sitatklippene i resultatdelen, inneholder gjentagelser, hvileord og utsagn som kan mangle tydelig sammenheng, noe som var ønskelig i utgangspunktet for å vurdere om dette kunne brukes analytisk. Allerede på transkripsjonsnivå ble anonymisering tilstrebet. Små tillemper er gjort ved dialektal og klassetypisk språkbruk for å øke anonymiseringsnivået. Identifiserende faktorer, som for eksempel navn på arbeidssted, er fjernet. Opplysningene er behandlet konfidensielt gjennom hele prosessen på den måten at ingen opplysninger skal kunne identifiseres i det endelige materialet. Lydopptak og transkripsjoner er bare hørt og lest av meg selv og veileder. Lydopptak slettes ved prosjektets avslutning.

Etiske betraktninger

Temaer som kjønn, identitet og seksuell orientering kan være følsomme for både pasient og terapeut. Fokuset i denne sammenhengen er på profesjonsutøverne og hvordan disse temaene påvirker dem faglig og kanskje også personlig. Det er mulig at informanter har hatt en implisitt forståelse av at prosjektet har hatt forventninger om visse svar, noe som også er en fare for troverdigheten. Det er en risiko for at informanter kan ha opplevd seg testet og utfordret på kunnskapsnivå, noe som kan få dem til å sitte igjen med en ubehagelig følelse av å være spørsmålstilt på faglig kompetanse. Det er da sentralt at informanter har hatt god nok tid til å vurdere deltagelse på forhånd og at de har fått informasjon om prosjektets innhold og art, slik at de har kunnet gi et reelt informert samtykke til deltagelse i prosjektet. Informasjon ble sendt ut til potensielle deltagere på e-post i god tid før gruppesamtalen fant sted, og det har vært påpekt at de kunne trekke seg underveis i intervjuene. Det har også vært viktig å presisere overfor informantene hvordan anonymisering er blitt ivaretatt i etterkant og at lydopptak slettes ved prosjektets avslutning.

Prosjektet er forelagt Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) og ble ikke vurdert å komme inn under helseforskningslovens bestemmelser og ble fritatt for søknad om godkjenning. Prosjektet er også rapportert til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

Analyseprosessen - steg for steg

Jeg valgte tematisk analyse som analyseverktøy for dette datamaterialet. Tematisk analyse beskrives av Howitt (2010) som en deskriptiv metode som forsøker å finne et mindre antall temaer og underkategorier som beskriver hva som foregår i datamaterialet. Braun og Clarke, (2006) foreslår at tematisk analyse er en fleksibel metode som kan brukes til å identifisere,

analysere og rapportere mønstre i datamaterialet. Tematisk analyse anses som en prosess for koding av kvalitativ informasjon og som identifiserer, analyserer og rapporterer systematiske temaer som framtrer i datamaterialet. Metoden er uavhengig av teoretiske tilnærminger, noe som kan sees på som en ulempe, ettersom mangel på en teoretisk ramme kan bety fravær av en fast arbeidsstruktur/oppskrift (Braun & Clarke, 2006). Men det kan også være en fordel, særlig på områder hvor det foreligger lite empiri, som i dette prosjektet som ønsker å undersøke hvordan terapeuter snakker med pasienter om kjønn, seksualitet og identitet.

Teorifriheten i tematisk analyse åpner opp for undersøkelser i større grad enn andre analyseformer. Det er avgjørende at forskeren tilpasser teori og metode til det som søkes økt forståelse for, og anerkjenner disse beslutningene som forskningsvalg. Samtidig oppfattes metoden som fleksibel som verktøy fordi den har potensial til å fange opp rikdom og kompleksitet i datamaterialet. Dette innebærer at forskeren bør gjøre godt rede for hvordan framdriften i analysearbeidet har vært og i tillegg være tydelig på hva som gjøres og hvorfor.

Temaer kan identifiseres på to måter i denne analysemetoden, enten med en induktiv, datastyrt tilnærming eller en deduktiv, teoristyrt (Braun & Clarke, 2006). Denne oppgaven bestreber seg på å bruke deduktiv tematisk analyse, fordi jeg ønsker mer detaljert fokus på enkelte elementer av data. En annen distinksjon ved tematisk analyse går ved semantisk eller latent tilnærming av koding. Den siste er benyttet i denne oppgaven fordi jeg ønsker å undersøke latente, underliggende ideer og antagelser i datamaterialet. Dette åpner opp for tolkning, heller enn ren beskrivelse, noe som gir meg bedre mulighet til å få svar på mine forskningsspørsmål. Selv om tematisk analyse er foreslått som en trinnvis guide, understrekes det her at fortolkning av datamaterialet ikke bør være en lineær prosess. I det følgende redegjøres det for gjennomføringen av analysen, steg for steg.

Fase 1: gjøre seg kjent med datamaterialet: Den innledende fasen i tematisk analyse innebar å gjøre seg godt kjent med datamaterialet og få et bilde av hva som så ut til å være mønstre og sentrale faktorer. Transkribering av data gir en god mulighet for dette. (Braun & Clarke, 2006). Konsentrert lytting til informantenes deltagelse gjorde meg kjent med datamaterialet allerede i intervjusituasjonen. Samtalene ble transkribert i sin helhet, noe som førte til en nøyaktig og nitidig gjennomgang av datamaterialet innledningsvis. Transkripsjonene ble deretter gjennomlest gjentatte ganger for å øke nærheten til materialet, samtidig som jeg lette etter mønstre og oversikt i materialet (Braun & Clarke, 2006).

Fase 2: generere koder: Denne fasen åpnet for dannelsen av koder som beskriver interessante trekk ved data. Koder kan defineres som en liste av indikatorer som er kausalt relatert (Boyatzis, 1998). Datamaterialet ble analysert i slike koder inn i nye skjemaer på meningsbærende måter i forhold til fenomenene som var i fokus (Braun & Clarke, 2006). De transkriberte intervjuene ble her kortet ned til meningsgivende passasjer, eller koder, hvor sammenhengen ble forsøkt opprettholdt. Det var et mål å inkludere så mye av data som mulig, for å unngå tap av relevant informasjon i den videre prosessen (Braun & Clarke, 2006). I bearbeidelsen fra transkripsjon til koding ble setninger kortet ned, og meningen i informantenes ytringer ble forsøkt abstrahert.

Steg 3: utvikling av temaer: Denne strukturerende koding av de fire intervjuene ga en oversikt over materialet. Deretter startet prosessen med å finne mulige likheter og mønstre i datamaterialet. Ønsket var å finne gjentakelser på tvers av deltagerne (Braun & Clarke, 2006). Disse likhetene kalles temaer, eller kategorier, og det er flere måter å utvikle slike temaer på. Et tema kan defineres ut fra tekstmaterialet eller tolkes som et underliggende fenomen (Boyatzis, 1998). Et tema fanger elementer som er sentrale både i datamaterialet og i forskningsspørsmålene. Det er den begrepsmessige verdien et tema har som er av betydning, ikke temaets hyppighet. Underveis i prosessen gikk jeg tilbake til det opprinnelige transkriberte materialet for å unngå tap av betydningsfull informasjon. Hensikten med denne fasen er å sitte igjen med et utvalg potensielle hoved- og underkategorier.

Fase 4: vurdering av tentative kategorier: Fase fire involverte en bred gjennomgang av de tentative kategoriene og dannelse av tematiske kart. Begrepene intern homogenitet og ekstern heterogenitet (Patton, 1990) bør vurderes i denne fasen, noe som betyr at data innenfor en kategori bør ha en felles mening, og kategorier bør ha klare forskjeller seg i mellom. Denne fasen innebar også en vurdering av validitet i kategoriene relatert til datasettet og om presisjonsnivået i det tematiske kartet reflekterer meninger i datamaterialet godt nok. Enkelte kategorier ble justert, fjernet eller slått sammen med en annen kategori (Braun & Clarke, 2006). Prosessen i denne fasen endte med en forståelse av hva temaene er, hvordan de henger sammen og hva slags overordnet historie de forteller om datamaterialet. Et godt tema bør i følge Boyatzis (1998) ha fem elementer: et navn, en definisjon av hva temaet handler om, en beskrivelse av hva som avgjør når temaet viser seg, en beskrivelse av hva som kvalifiserer og ekskluderer som tema og til sist, både positive og negative eksempler.

Fase 5: definering og benevning av kategorier: I denne fasen handlet det om å finne essensen i hva temaene dreier seg om og avgjøre hvilket aspekt av data som temaene fanger. Det er hensiktsmessig at temaene ikke er for vide og komplekse, men at de identifiserer hva som er av interesse og hvorfor. Benevning av temaer er av stor betydning, navnet bør være tydelig og presist og må ivareta en nærhet til rådata. Denne fasen pågår parallelt med analyseprosessen, og finjusteringer underveis må påregnes. Sluttproduktet av dette steget i analysen er at hver kategori skal gi mening, noe som kan testes ved at det må være mulig å beskrive innholdet i hver kategori med noen få setninger (Braun & Clarke, 2006). Hvis ikke dette er mulig, bør temaene kultiveres videre. På dette stedet i analysen satt jeg igjen med seks hovedtemaer og flere underkategorier på hvert av temaene. I resultatdelen vil jeg redegjøre for funn og tolkninger i datamaterialet.

Resultater

I resultatdelen presenteres informantenes uttalelser analysert og kategorisert i seks hovedtemaer. Gruppene var forskjellige på hvilke emner og diskusjoner de fordypet seg i og hvilke tematiske områder de hadde mindre å si om. Mange temaer meldte seg i intervjuperioden, og noen var mer sentrale enn andre. Gruppedynamikk og forskjellene i hvordan gruppen samhandlet og forhandlet seg i mellom i diskusjonen, var et tema som åpenbarte seg allerede i intervjuprosessen. For eksempel framsto et par av gruppene mer opptatt av å være enige om rasjonale og konklusjoner enn de andre, der deltagerne tydeligere viste sin individuelle og faglige uenighet. Dette var temaer som ble valgt bort på grunn av oppgavens retning og størrelse, men som i et annet forskningsformat kunne være spennende å gå videre med.

Likheter og ulikheter trådte fram i analysearbeidet, og jeg redegjør i det følgende for hovedtendenser i datamaterialet. Det første hovedtemaet, *hvordan kjønn, seksualitet og identitet ikke kartlegges*, fokuserer på hvordan informantenes kartlegging og utredninger forløper med pasienter. Tema to: *rasjonale for hvorfor ikke snakke om dette*, redegjør for begrunnelser informantene gir for hvorfor de handler som de gjør. Det tredje temaet *motsetninger*, viser elementer i datamaterialet av diskrepanser og motsigelser. Tema fire: *negative assosiasjoner*, redegjør for valøren i eksempler og henvisninger som oppstår i gruppediskusjonene. Det femte temaet *pasienten*, tydeliggjør hvordan informantene snakker om pasientene. Det sjette og siste hovedtemaet *ubehaget*, peker på datamaterialets verbale

språkbruk og undertekster i denne. Resultater vises først og kommenteres underveis. Etter gjennomgangen av resultatene diskuteres underliggende og gjennomgående fellestrekk.

Tema 1: hvordan kjønn, seksualitet og identitet *ikke* kartlegges

Et av hovedtemaene som kom ut av analysen er hvordan kartlegging og utredning av temaer som kjønn, seksualitet og identitet forløper i behandlingen av psykosepasienter. Hvordan gjøres dette og gjøres det forskjellig på forskjellige avdelinger? Hva legges til grunn for å gå fram på hvilke måter? I analysearbeidet framsto dermed kartlegging som et hovedtema. Dette temaet grenser sterkt opp mot andre hovedtemaer som *rasjonale*, og disse sidene av temaet vil bli videre diskutert senere i teksten.

Flertallet av de 14 informantene understreker hvor sentralt seksualitet og identitet er for dem i forståelsen av pasienter med psykoseproblematikk. Dette gjelder på et generelt grunnlag. Begrunnelser for hvorfor kjønn, seksualitet og identitet ikke gjøres til et tema, viser seg svært tidlig i diskusjonene og forblir sentrale i samtalenes gang. Analysen viser at det er et fåtall av informantene som arbeider direkte med seksualitet som emne med pasientene og da under noen bestemte betingelser. Underkategorier i dette temaet er: ”når passer det”, ”fiske etter det”, ”timing”, ”konsekvenser” og ”det står ikke i skjemaet”.

Når passer det: Mitt innledningsspørsmål til samtalene var: når er kjønn, seksualitet og identitet et tema i behandlingen? Jeg vurderte det som åpnende for å få klarlagt faktorer som vektlegges i faglig vurdering i behandlingen. Jeg forventet diskusjoner om hva hver enkelt behandler oppfattet som terapeutiske muligheter og begrensninger innenfor disse temaene.

Hovedtendensen i besvarelsene var at dette snakkes det til dels svært lite om. På spørsmål om når kjønn, seksualitet og identitet er et tema i behandlingen, svarte noen informanter at det var avhengig av pasienten selv og at det skjedde bare: ”når pasienten tar det opp” (4/1). Dette ble bekreftet av andre informanter som også mente at det på direkte og indirekte måter må komme fra pasienten: ”men det er ikke et tema jeg bringer inn, altså, det må komme.. komme fra den andre parten” (2/1). En informant forteller: ”noen ganger spørre hvordan det er med det relasjonelle.. i forhold til, ikke til legning som sådan, men i sonderingen i hvem som er viktige i livet da”, men at det raskt blir pasientens ansvar ”å si noe mer.. i forhold til det” (1/1). Denne gruppa tydeliggjør sin forståelse av at temaer som kjønn, seksualitet og identitet er noe som pasienten selv må ta ansvar for å snakke om i terapirommet, og at de ikke bistår pasientene med å snakke om slike sensitive temaer.

Andre grupper hevder at det er uvanlig at kjønn, seksualitet og identitet er temaer i behandling og ble beskrevet som "sjelden" av en hel fokusgruppe. En informant trakk det enda lenger og fortalte: "så tror jeg nesten jeg kan si 'aldri'.. på psykosepasienter" (4/3). Flere delte dette synspunktet på at det var et ikke-tema i arbeidet med psykosepasienter: "de er så handikappede på vanlig omgang med mennesker i sin alminnelighet, at det å tenke seksualitet, det blir en ekstremt krevende samværsform som jeg tenker at, det er lenge til de er der" (2/1). Disse informantene viser en forståelse av at disse temaene ikke er relevante for denne pasientgruppa, og at den psykiske lidelsen står i veien for temaer rundt seksualitet og identitet.

En gruppe argumenterte med at det ikke var ønskelig å snakke om slike temaer når pasienten var i akutt psykosefase. Temaet aktualiserte seg heller når pasienten var stabilisert: "det som eventuelt blir.. er igjen når de ute av psykosen da.. *da* kan man snakke om slike ting" (1/3). På spørsmål om dette blir fulgt opp med pasienten fortsatte informanten: "nei.. (latter fra alle). Nei, jeg gjør vel ikke det. Det kan jo ha noe med å gjøre at da skriver vi de ut og da er det ikke noe tema her mer" (1/3). Begrunnelsen informanten gir er at da blir pasienten ofte utskrevet til poliklinikk og andre behandlere. En informant sier om seg selv: "er nok ikke noe vaktbikkje på å gå etter det, det ser jeg.. og.. slår meg nok fort til ro med svar, altså" (2/1). Det med å slå seg fort til ro, er en dekkende beskrivelse for storparten av utvalget. Temaene utforskes lite og slippes raskt. Det er som om temaene lett blir skjøvet til side for andre hensyn og at kjønn, seksualitet og identitet kommer i en sekundær rekke.

Fisker etter det: Fem av fjorten informanter, fire fra samme gruppe, har en praksis som går ut på å kartlegge seksualitet på indirekte måter. Pasientens seksuelle orientering eller erfaring etterspørres gjennom kartlegging av kjønnsstilørighet på eventuelle ektefeller, samboere eller kjærester. En informant sier hun: "fisker litt etter det" (4/4). Dette rapporteres gjort vanemessig i de fleste tilfeller hos disse fem terapeutene. Denne gruppa viser at denne typen kartlegging og utredning hører med i en helhetlig forståelse av pasientens totale identitet.

En informant forteller at det er et av spørsmålene hun alltid har med i en innkomstsamtale: "jeg spør om de har kjæreste, og så svarer de ja eller nei, også så spør jeg har du kjæreste, er det en mann eller dame?" (2/2). Informanten sier videre: "men da er det ikke sånn at man alltid går så mye videre med det". Hun begrunner dette slik: "for i akutt, når du tar opp en anamnese, så skal du jo igjennom en masse spørsmål, ikke sant, og... da er det kanskje noe annet som jeg fokuseres på der og da, ikke sant, må få roet ned situasjonen" (2/2).

Denne informanten påpeker kartleggingsvaner som får fram aktuell relasjonell praksis, men igjen henvises det til at temaene raskt kommer i en annen rekke.

Det er altså de relasjonelle aspektene ved seksualiteten som løftes fram i denne framgangsmåten, i motsetning til andre dimensjoner som for eksempel attraksjon, begjær eller selvidentifisering. Kun én informant kunne spørre pasientene om de hadde vært forelsket noen gang hvis de avkreftet en nåværende relasjon. Ingen av informantene undersøker direkte med pasienten hva slags selvforståelse og selvidentifisering som kan være knyttet til kjønn, seksualitet og identitet når det gjelder marginalisering.

Timing: Av de informantene som snakker om seksualitet og identitet med pasienter, var noen opptatt av at riktig tidspunkt var avgjørende for hvor god kartleggingen kunne bli på disse temaene: ”nei, altså det er eh.. rett og slett.. mere å finne det rette tidspunktet til å snakke om det, sånn at det blir et, holdt på å si, et potent tema for vedkommende, og ikke sånn ’hvorfor spør du meg om det?’..” (3/4). Flere argumenterte med at ”det må passe”, som en informant sier: ”så jeg tenker vi er stadig innom det, i forhold til identitetsproblematikk.. tenker jeg.. men strever hele tiden, altså, i hvert fall synes jeg det da, at hele tiden er det snakk om.. på en måte, når tiden er inne” (3/4). Hva som avgjør når tiden er inne, spesifiseres ikke. Individuell forståelse av hva som er god timing utgjør da grunnlaget for den kliniske vurderingen.

Flere informanter sier de vektlegger tidligere journaler når de kartlegger nye pasienter og at det er avgjørende for hvordan pasienter møtes på temaer som seksualitet og identitet: ”en ting er jo når det står noe i papirene om seksuell legning, for da har de jo snakket om det før med noen” (1/1). Dette problematiserer informanten i det hun videre sier: ”og når det ikke står, så er jo da skummelt å konkludere med at da er det ikke noen problematikk, for det kan jo bare bety at personen faktisk aldri har snakket om det”. Bare en av informantene kommer inn på at pasienten kan vegre seg for å snakke om, unngå og også lyve i forhold til sensitive og marginaliserende temaer i en behandlingssituasjon.

Konsekvenser: En annen underkategori innenfor temaet kartlegging dreide seg om hvorvidt det hadde noen konsekvenser å utrede pasientenes eventuelle marginaliserende erfaringer på temaet kjønn, seksualitet og identitet. Her ble det i datamaterialet funnet elementer av noen positive konsekvenser, men klart flest negative. Et stort flertall av informanter hadde en opplevelse av at pasientene kan bli krenket av at ikke-heteroseksuelle temaer ble brakt inn i terapirommet. Fornemmelsen terapeuter har av at slik kartlegging kan føles støtende for den

andre, pasienten, kan i denne sammenhengen sees på som innskrenkende for terapeutens handlingsrom. Ubehaget i det å spørre om noe potensielt fornærmende diskuteres nærmere i hovedtemaet *ubehaget*.

Beskrivelser informantene brukte av krenkelsen denne kartleggingen kan utløse var at pasientene "blir ganske ute av seg, at vi kan tro noe sånt" og "fornærmet". Andre sa: "det skaper forvirring", eller "dette er så fjernt for dem". En informant uttalte at: "kan jo hende at noen følte seg tråkket på av meg også, uten at jeg har merket det, hvem vet.." (2/4). Den sistnevnte behandleren argumenterte videre med at det å kartlegge også kan skade pasienter: "hvordan skal jeg komme inn på det, liksom, hvis han er sånn skaphomse da.. og at jeg gjør det enda verre ved å spørre et så direkte spørsmål" (2/4). Ingen informanter bringer inn i diskusjonene muligheten av at fravær av intervensjoner kan skade pasienten.

De fleste av disse uttalelsene om pasientenes reaksjoner var bygd på antatte reaksjoner fra pasienten, kun tre referert til konkrete erfaringer: "selv om jeg da valgte å spørre og tematisere det, så var jo reaksjonen (uhørbart), man synes det var litt, litt fornærmende, krenkende. Man ble litt irritert, ble litt sint" (3/1). Jeg forstår dette eksempelet som "man" her henviser til pasientens irritasjon og sinne, selv om det framstår noe uklart både i opptak og transkripsjon. På tross av at flertallet forholdt seg til pasienters potensielle reaksjoner på kartleggingen, og ikke faktiske, svarte to informanter på slike måter at pasientenes eventuelle negative responser ikke virket avgjørende for disse terapeutens intervensjoner: "har jeg ofte fått eh.. litt forskjellige reaksjoner på det, men stort sett tar folk det veldig greit og det er flere ganger de har svart at de har kjæreste av samme kjønn" (2/2).

En annen konsekvens som ble trukket fram i diskusjonene var om kartlegging av ikke-heteroseksuelle erfaringer var en opplevd risiko for allianse. En terapeut hevdet at det må eksistere en allianse i forkant for i det hele tatt å kunne ta opp slike sensitive temaer: "og jeg tenker også at, at da skal man på en måte gå inn på, det er jo sånn at det skal være noe allianse, ikke sant, det skal være trygt og jeg tenker for å kunne snakke om sånne ting" (2/3). Dette drøftes nærmere under hovedtemaet *pasienten*.

En annen knyttet kartleggingen til noe som kan vitalisere alliansen: "at det å ta opp temaet, kan jo også styrke alliansen. [...] men, men blir vel kanskje for redd til å ta det opp" (1/3). Dette var den eneste positive konsekvensen som ble nevnt i materialet. Frykten for negative konsekvenser kan ha en styrende effekt på kartlegging og utredning av pasienter og fører til at seksualitet tilsidesettes og gjøres uviktig i mange behandlingssammenhenger.

Det står ikke i skjemaet: Ingen av informantene kartlegger pasientenes tanker eller erfaringer rundt ikke-heteroseksuelle erfaringer eller homoseksualitet som en risikofaktor for suicidalitet og selvskading. Ikke alle, men de fleste informantene anerkjenner en sammenheng mellom homoseksualitet og økt selvmordsfare. På tross av dette gikk størstedelen av diskusjonene rundt begrunnelser for hvorfor en slik risikofaktor *ikke* kartlegges i forhold til pasientene. En informant hevdet at slike spørsmål kan være unntatt for kartlegging fordi: ”jeg tenker at det er privatsak. Og selv om man er behandler og.. så betyr ikke det at man har lov til å gripe inn i alle områder av livet da” (1/1). Igjen ser vi hvordan sensitive ikke-heteroseksuelle tema sekundariseres og blir gitt en underordnet posisjon av informantene.

Flere av gruppene diskuterte i hvilken grad det ville være nyttig å spørre pasientene på mer generelt grunnlag om eventuelle homoseksuelle tanker og erfaringer i en selvmordsutredning. En informant uttalte: ”ja, hvorfor *skal* man spørre om dette. Hvorfor *skal* det spørres om og alt.. det kan spørres om. Hva er begrunnelsen for å spørre folk om det, sånn rubbel og bit”. Utsagnet ”rubbel og bit” framstår som en devaluering av temaer som kan være av stor betydning for pasienter. Informanten sier videre: ”altså jeg synes det er irrelevant å spørre” (4/1). En tolkning av denne sekvensen er at informanten har et ambivalent forhold til seksualitet. En annen mulig tolkning er at informanten her viser en kritisk holdning til forskningslitteraturen som hevder at det er en sammenheng mellom ikke-heteroseksualitet og selvmordsrisiko. Det kan altså være at informanten bruker andre begrepsmessige rammer i forhold til emnet, hvor homoseksualitet blir forstått som en mer nøytral kategori. Det er en spenning mellom disse to mulige fortolkningene, og spørsmålet er hvilken betydning de kan ha for pasienten.

En informant undret seg over hvorfor de som behandlere aldri har ”blitt drillet i det” og hvorfor det ikke står i inntaksskjemaene eller på suicidalitetsvurderingene tilhørende avdelingene og drøfter det på denne måten: ”det er jo enkelte ting vi har en sperre for.. det, det om dette skyldes meg eller om dette.. altså at jeg forsøker å legge lokk på det, eller om det er pasientens angst vi merker for tema” (1/2) og konkluderer med at det er derfor ikke et tema som kommer naturlig opp. Informanten viser at det er flere grunner til hvorfor det ikke kartlegges.

I en annen gruppe uttalte en informant: ”av og til så sier jeg til folk ’hva er det.. hva er det du strever med’ også prøver jeg å komme meg ut av alle disse begrepene som har mer eller mindre pålagt å..” (3/1). Informanten forklarer denne framgangsmåten med at det er et

”forsøk på å få tak i noe.. ja, noe personlig privat”. Dette kan forstås slik at det som er lovpålagt å spørre om, ikke nødvendigvis er tilstrekkelig for å forstå pasientens vansker.

Enkelte var opptatt av muligheten for at tryggheten som ligger i det å følge lovpålagte lister for hva som skal kartlegges, kan være skjør: ”i forhold til suicidalitet, så kan jo det være en viss sånn falsk trygghet, å kartlegge risikofaktorer, fordi det sier egentlig ingen ting” (4/3). Denne informanten understreket at det ”er mange flere risikofaktorer enn det som står på den lista da” og da må man sette en ”cut off” et sted. En annen hevdet at det blir fort ”automatiserte lister” og at det kan føre til at det ”klinisk skjønnet blir borte” (2/3) og en tredje i gruppa repliserte at: ”det er viktigere å få fanget opp det.. de som trenger behandling. At vi der.. der kan man.. der kan vi gjøre en enda bedre jobb” (1/3). Lovpålagte retningslinjer angående kartlegging av risikofaktorer blir her problematisert i forhold til et mulig tap av klinisk skjønn.

Flere informanter var inne på klinisk skjønn. En gruppe understrekte at det ikke er et helt enkelt regnestykke å vurdere risikofaktorene: ”Så selv om vi har kartlagt de forskjellige risikofaktorene, så.. så er, det er ikke bare å summere. Det er en sånn skjønnsmessig..” (3/4). Informanten viser her til at behandlers skjønn kan være med på å utvide rammene for hvordan pasientens strev kan fanges opp, uansett hva som står i retningslinjene. Informanten må forstås som å snakke om en kvalitetssikring. Retningslinjer og klinisk skjønn settes i dette opp mot hverandre i en vurdering av hva som er best egnet til å fange opp pasienter. Det kan være mer fruktbar å vurdere om framgangsmåter har et heteronormativt rammeverk eller ikke. Kunnskap og erfaring som baserer seg på heteronormativitet kan begrense forståelsen av pasienter.

Tema 2: Rasjonale for hvorfor ikke snakke om dette

Like viktig som å fastslå hvordan informantene kartlegger og utreder, er begrunnelser for hvordan de handler som de gjør. Datamaterialet viser at det foreligger mange og klare begrunnelser for hvorfor det snakkes generelt lite med pasienter om kjønn, seksualitet og identitet og enda mindre når temaer knyttes til marginalisering. I dette kapittelet tydeliggjorde det seg flere underkategorier i analysearbeidet: ”faglig begrunnelse”, ”marginalisering” og ”referanser til det naturlige og normale”

Faglig begrunnelse: To av gruppene rangerte temaene kjønn, seksualitet og identitet som klart sekundære i forhold til andre tema: ”jeg mener at vi har faglig begrunnelse for at vi.. at

det ikke blir noe særlig tema [...] i de mer akutte fasene.. og at det er så mye annet som, på en måte prioriteres mer” (1/3). Flere informanter ga uttrykk for en rangering av temaer i møte med pasientene: ”understreker at her, hvor på en måte en rekke andre, overordna, mer fremtredende sider [...] har på en måte en vag hypotese, ikke sant.. men, men foreløpig er det en mengde andre ting som må tas tak i først og før dette” (3/1). Begrunnelser som blir gitt på denne prioriteringen av visse temaer i en akutt fase er: ”da har man mere fokus på.. eh.. rehabilitering, på komme tilbake i funksjon, medikamenter, eh.. ja, det er vel det som er mine fantasier” (1/3), og at kjønn, seksualitet og identitet var noe etterfølgende behandlere, eller andre behandlingsinstitusjoner skulle ta seg av. Om dette ble formidlet på gode måter til de etterfølgende instansene, var informantene derimot usikre på: ”det burde kanskje bli problematisert at vi heller ikke formidler videre til poliklinisk behandler at dette kanskje er et tema som bør.. tas opp på sikt” (1/3). Dette viser at temaer kjønn, seksualitet og identitet skyves til side og kommer i annen rekke i forhold til mange temaer og vinklinger. Dette kan være korrekte, faglige beslutninger i akutt psykosebehandling, men det viser seg i dette materialet noen mekanismer som fører til at temaene forblir sekundære i påfølgende faser. Legger vi til marginalisering som faktor blir temaene i stor grad usynlige.

En diskusjon som kom opp i alle gruppene var hvorvidt kartlegging av risikofaktoren homoseksualitet står i skjemaet, altså om det er lovpålagt å spørre, slik som ved suicidalitet generelt. Alle gruppene argumenterte for at de ikke kartlegger homoseksualitet, eller gjør det usystematisk, fordi det ikke står i skjemaet. Jeg antar i det følgende at det skjemaet det henvises til i flere av diskusjonene er *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*, utgitt av Helsedirektoratet i 2008. En informant sier: ”hvis du setter det på skjemaet, vet du, og sier at helsedirektøren har sagt at jeg skal spørre om alt dette, så går det bra, da kan du spørre om rubbel og bit” (4/1). Det understrekes i dette sitatet at helsedirektøren, forstått som representanten for det rettslige aspektet i psykisk helsevern, blir brukt som argument for *ikke* å kartlegge. Det virker med andre ord som det bør være lovpålagt å kartlegge seksualitet før denne informanten kan gjøre det.

En annen informant kommenterte skjemaet med at: ”det er jo ikke alle risikofaktorer som har like god prediktiv verdi” (4/4), og foreslår at ikke-heteroseksualitet er fraværende på skjemaet fordi: ”en risikofaktor kan si noe om en veldig stor gruppe, uten at det sier.. gir oss god hjelp, sånn spesifikt.. så de risikofaktorene de har pakk.. ehm.. har valgt ut i den pakka, det er kanskje liksom de aller viktigste” (4/4). Dette ble videre problematisert med at det er flere ting som ikke står på den lista: ”det dukker jo veldig ofte opp, både [etnisitet] og

seksualitet etter hvert, men det å sette det i et system, så er det ganske mange ting man da.. ehm.. vil være pålagt å spørre om” (1/4). Det kan virke som om informanten oppfatter at skjemaet gir direkte anvisning, ikke bare til hva det *må* spørres om, men indirekt hva man ikke trenger å spørre pasientene om. Et stort flertall av informantene finner dermed en begrunnelse i disse retningslinjene for *ikke* å kartlegge disse spesifikke risikofaktorene, fordi de påpeker at de ikke står oppført i retningslinjene for forebygging av selvmordsfare. Dette drøftes videre i diskusjonsdelen.

Flere grupper antydte at dagens behandlingsmodell i psykisk helsevern ikke legger gode rammer for å snakke om sensitive emner med pasientene: ”det jo ofte andre personer til stede, ikke sant, det er i hvert fall en sykepleier og så er det gjerne en student, det kan være en medisinerstudent, eller sykepleiestudent, så det blir mange hele tiden i rommet” (2/3). Begrunnelsen for en slik arbeidsmodell er: ”det er så viktig fordi vi jobber, ikke sant, i team. Det er jo alle, ikke sant, det der.. på en måte være orientert, å være en del av sånn tverrfaglig behandling og det er.. men sånn terapeutisk, så mister man noe” (2/3). Denne gruppa var enig i at det er: ”enklere å snakke med pasienten alene” (1/3), fordi det fremmer en ”mer genuin samtale”. Dette viser igjen at det er andre hensyn som vurderes som viktigere enn det som kan føles som mest konstruktivt. En annen informant problematiserte folksomheten i terapirommet slik: ”de åpner seg mer, når de ikke føler at.. de er jo paranoide, har en paranoid struktur og jo flere som er der i rommet, jo mer tildekkende kan de jo bli” (1/2). Informanten påpeker at det ikke nødvendigvis er hensynet til pasientene som er avgjørende ved behandlingsmessige og strukturelle valg.

En gruppe argumenterte med at den biomedisinsk forståelsesmodellen gir føringer for hva slags temaer som blir vektlagt i møte med pasienter og at denne har forrang foran fenomenologiske forståelser av psykose: ”vi har jo en klart medisinsk, psykiatrisk forståelse av det, altså det er ikke bare biologisk, men det er nok en modell som er nok litt sånn ahh.. er nok litt forskjellig fra den.. [...] selvopplevelse.. eller forstyrrelse” (2/3). En fenomenologisk forståelse av psykose ble anerkjent som meningsbærende og kommentert slik: ”jeg synes det er veldig fascinerende med alle de.. sånn selvtap og selvforståelse og identitet [...] og det er, tenker det er kjempeviktige spørsmål for alle mennesker, men..” (4/3). Denne diskusjonen ender likevel med en underordning av fenomenologisk forståelse: ”ja, det er den kliniske nytten av det.. altså..” (2/3).

Et av mine spørsmål var om marginaliserte pasienter trenger en annen tilnærming enn andre pasienter. Alle gruppene svarte raskt nei på dette spørsmålet og begrunnelsene på dette

var like i to av gruppene. En deltager sa: ”på en måte så vet jeg ikke om jeg har lyst til å stille dette temaet i særstilling, da, når det gjelder møte” (1/4). To av gruppene var opptatt av at det ikke skulle gis særbehandling, og en deltager hevdet at: ”Også med marginaliserte pasienter.. at.. at vi selvsagt skal gi dem og en individuell, skreddersydd behandling, men uten at det blir særbehandling” og forklarte videre at: ”det å gi noen særbehandling, er dårlig behandling” (1/3). Informanten legger til grunn at det er en konseptuell forskjell på begrepene *særbehandling* og *individuell, skreddersydd behandling*. Samtidig kan det også se ut som om det er beskrivelser av samme fenomen. På spørsmål om hva særbehandling kunne være, svarte informanten at det betød ”ekstra privilegier og merbehandling” og at dette kan føre til: ”en avsporing fra andre tema eller.. eller avsporing fra konsekvensene av den marginaliserte eh.. posisjonen” (1/3). Det forblir noe uklart hva som er forskjellen mellom disse to begrepene, men de har kanskje forskjellig effekt? *Skreddersydd* ser ut til å berettigede kliniske valg, mens *særbehandling* gir en begrunnelse for å velge bort elementer i arbeidet med pasienter. Det kan se ut som det gir rammer for hvordan en pasient eller et tema blir begrepsmessig forstått.

I to av gruppene uttrykkes det forståelser av psykose som i stor grad begrenser hva som kan gjøres og ikke gjøres i terapirommet. Blant annet gjelder dette hva som kan sies: ”men du kan ikke sitte sånn å snakke med en psykosepasient: jeg har lurt på dette og bla bla bla..” (1/2), et utsagn som kommenteres slik av en annen deltager: ”nei, hvis de er i helt psykose, så kan du jo ikke snakke om.. noen ting, nesten” (2/2). Dette viser en opplevelse av at arbeidet med psykosepasienter gir et terapeutisk handlingsrom som er trangt. Psykosen setter mange begrensninger. Flere informanter uttalte at de ikke gikk inn i vrangforestillinger med ikke-heteroseksuelt innhold: ”noen som har levd i, ja, ekteskap og barn og alt mulig, og som så i depressiv psykose begynner å snakke om.. og er engstelige for at de egentlig er homofile, egentlig ja.. men igjen, er jo ikke det noe vi går inn på” (1/3). Dette ble begrunnet med at det kunne: ”være en del av det.. depressive” (1/3). Her kan det virke som om pasientenes homoseksuelle antydninger blir vurdert som et produkt av psykosen, og innholdet vurderes som lite reelt. Jeg kommer tilbake til sammenhengen mellom vrangforestillinger og homoseksualitet i hovedtemaet *negative assosiasjoner*. Denne diskusjonen om vrangforestillinger ble rundet av med et tankekor: ”før var vi mer opptatt av innholdet i psykosen, ikke sant, og at det kunne si noe om.. psykologien, på en eller annen måte, og hva man egentlig strever med. Men det har vi kanskje forlatt” (1/3). Informantene i denne gruppa påpeker her et mulig tap av forståelse og kunnskap i dagens behandlingsmodell.

Andre begrensninger med psykosepasienter gjelder språkferdigheter: ”noen er litt sånn språkfattig.. og ikke så, ikke så ehh.. og hvor de ikke er sånn eh.. så reflekterende i samtalen, eller sånn.. at da er det.. synes da at det er lettere å glemme seksualiteten” (4/3). Denne informanten viser her hvordan det gjennom gjensidigheten i språket skapes en forståelse av *den andre*, og når språket er forringet blir ideene om den andre også innsnevret.

En informant foreslo at ”utredninger med spesialundersøkelser” kunne vært mer benyttet når det gjelder problematiseringer rundt kjønn, seksualitet og identitet: ”det er jo en akseptert, god kultur for.. men.. det er vel også.. meget sjelden, at det tas initiativ til henvisning av noen av pasientene fra vår avdeling for eksempel da, til instituttet for klinisk sexologi” (3/1). En mulig tolkning er at informanten foreslår at henvisning bør benyttes i større grad enn i dag. I dette kan det ligge en hentydning til at seksualitet som tema krever en spesialisering ut over alminnelig behandlerkompetanse.

Flere informanter kom med uttalelser som knytter forståelsen av psykose til hvorfor de ikke kartlegger seksualitet: ”de mer kroniske schizofrene, som plutselig snakker om impotensen.. de blir jo på en måte et helere menneske plutselig, da blir de noe mer enn bare schizofrene, når de faktisk også har en seksualitet [...] eh.. også mer da.. ja.. du blir at du får, har et mer begrenset syn på noen av pasientene” (1/3). Det kan se ut som om seksualitet er et tema som ikke så lett assosieres til psykosepasienter.

En gruppe hadde en forståelse av at behandlere kan unngå seksualitet på generelt grunnlag: ”jeg tror vi unnviker en del å snakke om seksualitet i det hele tatt.. og disse her som lever da, i parforhold og medisiner som gjør at du [...] blir impotent og mister lysten” (2/3). Dette sitatet viser at det ikke bare er tema som homoseksualitet som underkommuniseres, men at det kan oppleves som vanskelig å snakke om seksualitet på mange måter og at det kan ligge en underliggende vegring i å nærme seg temaet på generelt grunnlag. Hva slags ideer og forståelsesrammer terapeuter til enhver tid har om pasienter og fenomener som seksualitet, ser ut til å gi retning for hva slags intervensjoner som ansees som nyttige.

Marginalisering, hva og hvem er det: Marginalisering som begrep viste seg å åpne opp for store diskusjoner i tre av fire grupper. Nær sagt alle informantene stusset ved dette prosjektets anvendelse av begrepet marginalisering. Dette prosjektet benytter seg av begrepet slik som det anvendes i forskningslitteraturen. Som en informant hevder: ”altså alle pasientgrupper er marginalisert, for de har jo ramla utenfor hele systemet, men jeg tror ikke at det å være lesbisk eller homofil betyr at man da er marginalisert i samfunnet” (4/1). I denne informantens og

andres kommentarer ligger det en forståelse av at marginalisering gjelder noen andre og noe annet enn de og det som er forsøksvis kategorisert i denne oppgaven. Det å bruke begrepet marginaliserte pasienter om pasienter med ikke-heteroseksuell tematikk, framstår i enkelte informanternes øyne som stigmatiserende, og videre som en stigmatisering av homoseksuelle som gruppe. Informantene ønsker å vise en aktsomhet mot fordommer, men risikoen er at vesentlige forståelser av pasientene forblir utelatt.

Flere henviste til at homofili ikke er marginaliseringsgrunnlag i Norge i dag: ”men altså homofili, det er jo ikke nødvendigvis marginalisert, se bare på politidirektøren.. han er da ikke marginalisert” (4/1). Det framsto som viktig for informantene å understreke at de ikke snakket om alle homoseksuelle under ett: ”ellers så har du jo masse eksempler på særdeles velfungerende homofile, både menn og kvinner, så det..” (2/1). Slik data framstår var mange av informantene undrende til prosjektets bruk av marginalisering av homoseksuelle som gruppe, antagelig fordi det ligger en bekymring for en potensiell stigmatisering i det. En informant henviste til en diskusjon fra et annet arbeidssted om hvorvidt homoseksualitet er marginaliserende: ”jeg var mer opptatt av at.. liksom.. ’alle er mennesker’..” (4/3). Her kan det se ut som om det å påberope en pasientgruppe en marginalisert posisjon virker reduktivt og uproduktivt slik at det fratar dem en menneskelig dimensjon.

En gjenganger i gruppene var at den psykiatriske lidelsen var å forstå som mer marginaliserende enn homoseksualiteten: ”man har mer følelsen av at.. at psykiatri er.. ha psykiatrisk problem er større skam enn seksualiteten” (3/3). Det kunne virke som om diskusjonen dreide seg om en rangering av hva som er mer og mindre marginaliserende, som om disse står i et motsetningsforhold til hverandre: ”det er jo vår opplevelse, er det noen som er marginalisert i samfunnet, så er det pasienter med psykosed diagnose” (1/4). Den samme informanten fortsetter: ”vår tanke var jo, vi er jo oss selv nærmest, eller våre pasienter nærmest, så.. ja.. det var jo litt interessant egentlig, aha, er det *homofili* (ler)” (1/4). Denne informanten viser i denne passasjen en implisitt pasientforståelse hvor de er marginalisert gjennom sin psykoselidelse, noe som står i et motsetningsforhold til det å kunne være marginalisert som homoseksuell. Homoseksuelle er *ikke* marginaliserte, psykosepasienter *er* marginaliserte. Hva da med homoseksuelle psykosepasienter? Her settes minoritetskategorier opp mot hverandre, uten at det åpnes for at ett individ kan være i flere posisjoner samtidig. Interseksjonalitet gir forståelsesrammer som utfordrer en slik tenking, ved å åpne opp for at sosiale kategorier ikke er ”rene” og at de kan krysse hverandre.

En gruppediskusjon prøvde å differensiere hvordan homoseksualitet kan være mer og mindre marginalisert: "Noe annet ville være mindre steder, mindre kommuner og så videre, *der* er det vel mer marginalisert" (1/3). I dette ligger det en forståelse av at homoseksualitet ikke er marginalisert *her*, men det forblir uklart hvor *her* er, om det er i *her* i storbyen eller *her* på avdelingen. Denne informanten summerer diskusjonen slik: "faren med det, er jo når vi ikke tenker marginalisert, at vi da på en måte overser noe, eller bagatelliserer. At selv om de ikke er marginalisert.. så er de jo allikevel.. kan det være problematisk allikevel for den enkelte" (1/4). Informanten påpeker mulige behandlingsmessige begrensninger ved ikke å vurdere noen pasienter som marginalisert. Likevel slår informanten *her* fast at homoseksuelle ikke er marginaliserte.

Selv om det var uenighet om homoseksualitet er marginaliserende eller ei, var det likevel ytringer som gikk på: "og jeg tror at, at.. det er fremdeles stigma i samfunnet, det er jeg ganske sikker på at det er, men at der man har satt seg ned og reflektert over det, så har man en litt annen holdning til det da" (1/4). Denne informanten anerkjenner at det er et stigma å være homoseksuell, men at det på tross av dette ikke åpner opp for en marginalisert posisjon. I tillegg viser utsagnet at stigmatisering ikke har gyldighet i terapirommet, der gjelder andre holdninger. Det kan problematiseres om terapirommet er forskånet fra rådende diskurser i samfunnet for øvrig eller ikke.

To informanter ytret tvil om forskning som påviser at homoseksualitet gir en økt risiko for selvmord og selvskading: "men har man noe forskning på det, at det øker risikoen for suicid" (4/1). Denne økte selvmordsrisikoen ble bekreftet av andre deltagere, og informanten sier videre: "jo, men altså sjekker man da for sosiale indikatorer da" (4/1). Denne antydningen av tvil om suicidforskningens gyldighet ble stående som avsluttende kommentar på diskusjonen i denne gruppa. Det kan tenkes at informanten har et kritisk syn på suicidalitetsforskningens fokus på kategorier og prediktorer, men dette ble ikke utdypet. I en annen gruppe fikk informantens skepsis til forskning stå uimotsagt av de andre deltagerne:

Jeg kjenner at jeg kan ehm.. men all ydmykhet altså, forskning viser at (ler) det er økt suicidalitet, men jeg merker det er så mye disse pasientene våre strever med, og jeg greier ikke helt å se det.. er det store [...] sånn at for meg så blir det nesten litt eh.. og det er derfor jeg sier liksom.. med, med respekt for forskning som viser, men det blir nesten eh.. stigmatiserende i seg selv å gjøre dette til, til det ene store da (1/4).

Slik jeg forstår denne informanten kan det å gjøre homoseksualitet til et potensielt viktig fenomen for undersøkelse, virke stigmatiserende for pasientene. Det fratar i tillegg fokus på betydningsfulle undersøkelser av noe annet, viktigere. I dette framstår ikke-heteroseksuelle temaer igjen som sekundære.

Referanser til ”det naturlige” og ”normale”: Begrepene naturlig og normalt ble anvendt mange steder i datamaterialet. Dette er mangetydige begreper, som ofte brukes i hverdagsspråklige kontekster. Ingen informanter undersøker de forskjellige og problematiske meningene og anvendelsene som kan legges inn i disse begrepene.

De alle fleste av informantene begrunner mange av valgene sine i terapeutisk arbeid med marginaliserte pasienter med henvisninger til hva som er ”naturlig”. En referanse er til språkbruk i terapirommet: ”ja, nei, for ellers blir det så forvirrende, hva mener jeg, da blir jeg sånn, oi, nå, nå snakker ikke jeg mitt eget språk, også føles det utrolig unaturlig og det blir litt sånn kanskje litegranne.. rar stemning da” (2/4). Informanten her henviser til unaturlig og knytter det til sine egne følelser og eget ubehag. Jeg kommer tilbake til språk og språkbruk under hovedtemaet *ubehaget*.

Andre referanser går på om marginalisering tematisk sett er naturlig å snakke om: ”det er vanskelig å flette det inn naturlig i en inn-samtale, synes jeg da” (1/2). Eller: ”men, det er jo ikke naturlig å fortelle det heller.. altså sånn i en innkomstsamtale, du du.. jeg begynner ikke å fortelle at jeg er heterofil og gift og at jeg er sånn og sånn, hvis ingen spør heller” (2/2). Her referer *naturlig* til hvordan behandler tolker *pasientens* mulige opplevelse. Et annet eksempel viser: ”dette kommer sjelden frem og det er ikke det som faller seg naturlig for meg å bringe inn heller. Det er så mange ting foran der” (2/1). I dette eksempelet er det ikke naturlig for *terapeuten* å ta opp ikke-heteroseksuelle temaer. Det ”naturlige” brukes i disse eksemplene som argument for ikke å kartlegge. ”Man må nesten bli spurt før du tar opp at du er homofil kanskje, jeg vet ikke jeg.. synes ikke det er naturlig” (2/2). Dette eksempelet viser at det ikke er naturlig for pasienten å fortelle om sin homoseksualitet, og det er ikke naturlig for terapeuten å spørre. Igjen ser vi at det oppstår en sekundarisering av temaet, og det er i regelen den tapende part. I en tredje gruppe uttaler en informant seg slik: ”nei, ja, jeg synes jeg tar opp det temaet liksom på en naturlig måte.. sånn som, ja..” (2/4), men i fortsettelsen bruker også denne informanten naturlighet som en begrunnelse for ikke å kartlegge:

Men hvis du merker at den pasienten er ganske unnvikende på det området også må det være en naturlig innfallsport og ikke bare plutselig spørre om, om seksuell legning

liksom, du må jo nærme seg på synes jeg, skånsom måte, for hvis det er vanskelig for pasienten, i hvert fall.. det må jo kunne falle naturlig og da har ikke jeg tatt spørsmålene ved vurderingssamtalen, som dere sier (2/4).

I dette eksempelet forteller informanten først at temaet bringes naturlig inn av henne selv, men i det etterfølgende hevder hun som betingelse at det må falle naturlig for pasienten. Informantens konklusjon i denne tankerekken er at det da ikke føles naturlig å spørre om kjønn på kjærester. Begrepet naturlig henspiller på en essensiell forståelsesramme, men tar ikke inn i diskusjonen at naturlig også bygger på diskursive forståelser av fenomener som er av klar historisk og sosial betydning

Begrepet normalt dukket ofte opp i noen grupper. En gruppe utvekslet tanker om normalitet: ”ja, ja.. nei, jeg tror at, jeg tror at det du sier om normativitets eh.. tankegangen da, den, den preger jo samfunnet i stor grad fremdeles, at det er det heterofile som er det eh.. normale og at, at, at praten er deretter” (1/4). Det kan virke som om begrepet normalt henviser her til frekvens av et gitt fenomen, heteroseksualitet i denne sammenheng. En annen informant i denne gruppa kommenterte homoseksualitet som fenomen slik: ”det er, liksom kvinner og menn som gifter seg og får barn, altså fordi sånn, det er det mest normale, i samfunnet, altså selv om det har vært en langvarig kamp.. for at homofili skal være normalt da” (3/4). Begrepene har en tendens til å brukes i datamaterialet i en dikotomisk forståelse, hvor heteroseksualitet framstår som det normale og motsatsen framstår i denne forståelsen som unormal. Informanten kan tolkes slik at dette er forhold som kan forhandles og endres gjennom refleksjon og politisk ”kamp”.

I en annen gruppe forteller en informant at det er hennes mål å ufarliggjøre ikke-heteroseksualitet:

..snakke om at det også er greit. Det er.. det er flere som i perioder, i hvert fall, kan være tiltrukket av begge kjønn og det.. trenger det å være så galt, da.. prøve å normalisere det litt.. at det ikke er så farlig, liksom.. at det ikke er.. så skummelt (2/2).

Denne informanten bruker begrepet normal på en litt annen måte og sier her at informantens prosjekt er å *alminneliggjøre* homoseksualitet overfor pasienter, som kan være skremt og opprørt av dette.

En informant hevdet at: ”skeiv, er ikke det unormalt, da” (2/4). Det er mange måter å tolke disse uttalelsene på, fordi begrepene anvendes på forskjellige måter. Men normal

framstår som et problematisk begrep. Flere informanter uttaler seg slik at det å normalisere framstår som en del av behandlingen:

Vi er ute etter tidspunktet for å snakke om, og det gjelder ikke bare homofili, det gjelder jo, det er jo mange som.. ledd i sin psykose, lurte på om de er pedofile.. for eksempel.. altså, det har vi jo også vært borte i.. og.. hvor det er, jeg holdt på å si, eh.. ja, et sånt normaliserings.. altså det er, det er litt mer sånn, hva er dette, er dette en vrangforestilling, eller er det.. noe faktisk i (3/4).

For denne informanten oppstår en samtidighet i samtalen når det gjelder det å normalisere pedofili og homoseksualitet. Det kan virke som det er større assosiativ nærhet mellom disse to begrepene, enn mellom heteroseksualitet og pedofili.

I en annen gruppe knytter en informant også normalitet til et forandringsarbeid i terapirommet: ”trenger de ikke heller å normaliseres [...] å bli behandlet som alle andre [...] det har vært min tanke.. å møte det sånn” (3/3). Her kan det se ut som normalisere betyr å behandle likt som andre, altså unngå en uønsket særbehandling. Dette kan tyde på at det henger igjen en diagnostisk eller kriminaliserende tankegang og logikk omkring fenomenet homoseksualitet. En gruppe brakte også inn i diskusjonen det historiske faktum at homoseksualitet har vært diagnostisert som en psykiatrisk lidelse:

Ja, det var en diagnose, på en måte, også.. også forsvant det. Og da var jo det på en måte egentlig noe du helst skulle ligge unna, da.. Ikke sant [...] det å sjekke folk liksom ut på om de var homofile eller heterofile (3/4).

Denne bemerkningen fikk en annen informant til å uttale at tankegangen i dag også kanskje er preget av dette: ”at man prøver å normalisere det.. [...] ved å ikke snakke om det” (4/4). I dette utsagnet ligger det en forståelse av at normalisering, eller alminneliggjøring, ligger i nettopp fraværet av samtale. Samtale blir vanligvis oppfattet som sentralt for endringsarbeid i psykoterapi. Dette oppfatter jeg som kontradiktoriske uttalelser, noe som vil bli videre diskutert under hovedtemaet *motsetninger*. Ingen av informantene problematiserer at begrepet normalt er et stort og ladet begrep, som blant annet viser til verdisetting og anvendelse av makt (Foucault, 1999). For å konkretisere hvor problematisk det er at informantene anvender begrepene ”normalt” og ”naturlig”, kan queer teori, eller skeiv teori, være et nyttig verktøy. Dette kommer jeg tilbake til i diskusjonsdelen.

Tema 3: motsetninger

Underveis i analysearbeidet tydeliggjorde det seg et tema som handlet om motsetningsfylte eller inkonsistente utsagn i datamaterialet. Motsetninger gjorde seg gjeldende som et gjentakende tema i alle gruppene og ble vurdert til å være et av hovedtemaene. Med motsetninger menes i denne forbindelse kontradiktoriske utsagn fra samme person eller i samme gruppe. Videre i analysens gang framsto mange av disse motsetningene som en rekke ”kategorier som settes opp mot hverandre” av informantene i teksten, og som gir føringer for behandlingsmessige valg. En annen underkategori i dette temaet er motsetningsfylte elementer i uttrykte ”holdninger”, og den siste underkategorien viser motsetninger mellom ”før og nå”. Dette hovedtemaet er nært beslektet med temaet *rasjonale*, i og med at kategoriene som utspiller seg ofte kommer i et motsetningsforhold og begrunnes med noe.

Kategorier som settes opp mot hverandre: Psykosepasienter versus andre pasientgrupper: i tre av gruppene framsto det en klar forskjell i behandlingsstil med pasienter med psykoseproblematikk og for eksempel pasienter i privatpraksis. Flere informanter trakk inn denne forskjellen: ”For jeg sammenligner i forhold til privatpraksis, jeg vet jo mye mer om deres relasjonserfaringer, enn de pasientene jeg møter her” (2/1) og fortsetter ”jeg starter jo like generelt og spør om viktige personer i deres liv og.. og såne ting, men jeg slipper det, det tror jeg går ut på at jeg forventer ikke at de har noen særlig relasjonserfaring, det er så påfallende” (2/1). Denne informanten begrunnet den forskjellen med at ”jeg tror det ligger en sånn innebygget forventning om at de er så, de er så annerledes” (2/1) og her henviser ”de” til psykosepasienter. En informant etterlyste et terapeutisk mot for å ivareta pasienters behov og at den rådende behandlingsmodellen skaper en ekstra distanse til pasientene: ”men av en eller annen grunn her på en institusjon, så er ting mer sånn stringent på et vis da.. så du skal liksom holde deg til form og maler og skjema og.. så du kommer kanskje ikke så nær pasienten” (1/2). Også denne informanten gjentar den samme motsetningen som en annen deltager: ”men jeg tror det er lettere å kartlegge de tingene når jeg jobber privat med en pasient da, for da er vi ofte innom disse temaene med relasjoner” (1/2).

Flere understreket at det kunne være kompliserende å ta over pasienter underveis i et behandlingsforløp og at det da kan være vanskelig å begynne på ny kartlegging av relasjoner og erfaringer: ”Det er kanskje annerledes i en poliklinisk setting, eller langtidsoppfølging av noe slag.. da..da får man jo ofte.. et.. da snakker man kanskje mer om relasjoner, enn det man gjør på en psykoseavdeling, da.. eh.. hvor de ofte skal stabiliseres” (1/2). Denne informanten

hadde tanker om hva som kunne gjøres annerledes: ”bør egentlig tenke litt mer systemterapi, altså helhetlig rundt hele pasientens livssituasjon, altså.. hva er utfordringene, sårbarheten” (1/2). En annen informant hevdet at kartlegging og utredning i psykisk helsevern kan bære preg av å være ”avhørsaktig” og at behandler opplever seg derfor som mer forsiktig i forhold til det som tematiseres. Dette utdypes videre med at psykosepasienter får en annen vinkling i behandlingen: ”men det er lettere i privatpraksis når det bare er meg og den andre” (1/2).

Yngre versus eldre pasienter: En gruppe merket seg en forskjell i hvordan yngre og eldre pasienter blir møtt av behandlere: ”en av grunnene til at dette nesten aldri var tema i alderspsykiatrien, det er jo en helt annen generasjon [...] med helt andre eh.. tilnærmingmåter [...] så det ble veldig sjelden et tema [...] selv om det kanskje burde ha vært det” (3/3). Dette utløste en kommentar fra en deltager om dette kunne knyttes til en generasjonseffekt. Informanten foreslo at temaet seksualitet er ”tabubelagt” når det gjelder eldre pasienter. Forskning viser at eldre homoseksuelle har lett for å bli usynliggjort. En studie om eldre homoseksuelle, som var ensomme og hadde fortalt få om sin orientering, viste økt forekomst av suicidalitet (D’Augelli et al. 2001).

Biomedisinsk forståelse versus fenomenologisk: forståelser av psykose på fenomenologiske måter var noe mange informanter kunne være positive innstilt til på generelt grunnlag, men det ble raskt sekundarisert i forhold til den kliniske nytten. Medisinsk forståelse lener seg kanskje mer på en essensialistisk forståelse av homoseksualitet, som noe uforanderlig og legemliggjort. Denne måten å forstå pasienter på kan virke reduktiv og begrensende, ved at vesentlige elementer i pasientforståelsen kan forbli utforsket.

Holdninger: Ikke overraskende dukket det opp motsetningsfylte utsagn om egne og andres holdninger. Det viser seg i datamaterialet visse motsetningsfylte elementer mellom holdninger til generelle fenomener som homoseksualitet og spesifikke holdninger til det å kartlegge homoseksualitet. Holdninger er et stort og komplekst felt. Det er derfor ikke innenfor dette prosjektets rammer å dekke dette feltet på utdypende måter, men det er likevel ønskelig å vise at motsetningsfylte holdninger kan være en faktor i forskningsfeltet.

En informant uttrykte en dobbelthet i holdninger til homoseksualitet, hvor det i den ene sekvensen hevdes at: ”homofili ikke er så veldig rart lenger” (4/1) og videre om holdninger: ”men altså homofili, det er jo ikke nødvendigvis marginalisert, se bare på politidirektøren.. han er da ikke marginalisert [...] jeg tror ikke at det å være lesbisk eller homofil betyr at man da er marginalisert i samfunnet” (4/1). Denne informanten understreker i

disse eksemplene den økte samfunnsaksepten for homoseksualitet i dag, og argumenterer med denne forståelsesrammen mot at ikke-heteroseksuelle pasienter innehar en marginalisert posisjon. Informanten hevder senere i diskusjonen at det kan være krenkende og ”irrelevant” å kartlegge seksualitet i behandlingen. En mulig fortolkning er at dersom at homoseksualitet er sosialt akseptert, skulle det kanskje forventes at dette også avspeiles i terapirommet, som et akseptabelt tema.

Jeg vil jo kanskje tro at hvis ikke du har et skjema og du er nødt til å spørre og at det ikke gjelder denne personen personlig, så kan de bli ganske fornærma, altså de kan bli støtt over å få et sånt spørsmål og man bør sondere litt først – er det noe grunnlag for å, å stille et sånt spørsmål (4/1).

Informanten fortsetter med å utdype hvordan rasjonale for sin framgangsmåte er:

Da ville jeg si dette her med at vi må undersøke dette med suicidalitet og har du noen gang hatt.. tanker om dette, og de fleste har hatt tanker om at nå vil de dø. Eller så vil de ikke dø, de vil bare ikke ha det sånn som de har det.. og så er det dette med, har du gjort noen gang, dette noen gang, har du hatt planer om det, også kan det hende de har hatt det da, at ting var vanskelig, også går det jo an å snakke om det.. også er det hvordan det er nå, men da er det et visst sånn rasjonale oppe i dette her, men er de bestemødre og har levd et lykkelig ekteskap, så vil jeg synes det var litt vanskelig å sondere om de er lesbiske altså (4/1).

En annen måte å tolke dette på er at det anvendes to forskjellig forståelsesrammer, eller diskurser, i disse to utsagnene, den ene er at homoseksualitet er en nøytral kategori. Den andre er at det er en stigmatisert kategori, med økt risiko for suicid, men at det må foreligge en grunn for å snakke om det. Det er en spenning mellom disse forskjellige utsagnene, og det oppstår en undring om hvorfor det ene velges fremfor det andre i gitte situasjoner. Denne spenningen kan være av betydning for pasientene.

Det var kun en informant som åpnet opp for at holdninger ikke nødvendigvis er stabile og varige, selv i et såkalt ”homovennlig samfunn” som vårt: ”det er mye homofobi som ligger latent, selv om samfunnet har kommet langt, selv om.. akademiske kretser og så videre, at, allikevel så er det mye sånn privat.. homofobi” (1/3). Samtidig åpnet denne informanten opp for at det eksisterer stabile og forutsigelige skiller i holdninger mellom rurale og urbane strøk:

”oslo vest, akademikere og så videre, så er de ikke marginalisert [...] Noe annet ville være mindre steder, mindre kommuner og så videre, *der* er det vel mer marginalisert” (1/3).

Diskusjonene i alle gruppene vendte stadig tilbake til holdninger rundt homoseksualitet. Flere grupper kontrasterte hva som er holdninger ”på gata” og i terapirommet:

Mitt, mitt ståsted er at som terapeuter, så kan man bli kritisert for det, eh.. religiøse bevegelser blir kritisert for at de ikke eh.. aksepterer homofile, tror det veldig mange av de sammenhenger så snakkes det mye.. riktigere om homofili, enn det gjøres blant folk flest og på gata, det tror jeg. Og det, det der stigmaet ligger. Og det tror jeg også at man kan, kan eh.. kanskje rundt på diverse.. eh.. vaktrom og spisepauser og sånn, så snakkes det på en annen måte, enn det gjør når man er eh.. i terapirommet da (1/4).

Tenker du at det.. at det skjer her? (3/4).

Nei, veldig liten grad (1/4).

Diskusjonen blant disse informantene dreide seg videre om at det ligger en språklig bevisstgjøring bak det de gjør som terapeuter:

Er det ikke det, også når jeg hører hva du sier, så.. så forstår jeg jo det sånn at eh.. du synes ikke, ikke at vi har et profesjonelt språk [...] men at vi er mye mer bevisstgjort enn det.. språklig også, rundt det vi nå har som tema her [...] mens ute, ute så kan det være mange sanne synsinger som hvert fall ikke jeg synes om (3/4).

Ja, for jeg mener ikke bare språklig, tror jeg, jeg mener også med hva er det å være menneske (1/4).

Kun en av informantene tok opp i diskusjonen et element av at seksualiteter er i endring i vår kultur. Dette er den eneste henvisningen til nyere forståelser av seksualitet i hele datamaterialet: ”og også liksom unge mennesker, fordi det er.. hvert fall mitt inntrykk er at, det er mere sånn identitetssøking nå de siste årene med.. med liksom det nye kjønnet” (4/3). Dette kommenteres av en deltager med at: ”det blir litt sånn uproblematisk på en måte” (1/3) og fortsetter ” sånn klinisk erfaring er vel at det er mer sånn.. utprøving i så tilfelle” (1/3).

Før og nå: Et tredje motsetningsforhold som meldte seg i materialet var ”før og nå”. Et av mine intervju spørsmål var om informantene gjør noe annerledes som terapeuter nå enn før i

forhold til kjønn, seksualitet og identitet. Svarene fra deltagerne var overveiende avkreftende, med andre ord, de gjør ikke noe annet i dag enn tidligere. En gruppe meldte likevel en forskjell: før var homoseksualitet en diagnose, noe en informant understreket at det ikke er lenger.

Noen andre distinksjoner mellom før og nå dukket også opp, som for eksempel ubehag rundt temaet homoseksualitet:

Men jeg får så følelsen av at det var litt mer ubehagelig før. For nå synes jeg liksom at.. det har vært så mye, eller det er så mange i så mange år som har vært så opptatt av at dette har vært så ubehagelig [...] jeg synes vi har snakket mye om det, at det.. er vi redde for det, og eh.. gjør vi, snakker vi om det, snakker vi ikke om det og det eh.. og jeg tror nok at det har vært mye sånn.. også lurte jeg på om.. om det kanskje er i ferd med å ikke være så.. jeg vet ikke.. [...] at det er mindre ubehag.. ja (4/3).

Psykosens innhold var et fenomen terapeutene var mer opptatt av før: ”før var vi mer opptatt av innholdet i psykosen, ikke sant, og at det kunne si noe om.. psykologien, på en eller annen måte, og hva man egentlig strever med. Men det har vi kanskje forlatt.. [...] for mye” (1/3). En annen gruppe var også innom det at psykosens innhold oftest ikke er et tema i dag: ”dette var man jo mye mer opptatt av før” (2/1). Dette ble kommentert slik: ”ja, det var da vi hadde skruller, det var gøy, det var ganske morsomt” (4/1).

Tema 4: negative assosiasjoner

Noe som framstod tydelig allerede under intervjuene, var at assosiasjonene som sprang ut av diskusjonene hadde en entydig negativ karakter. De fleste informantene hevder for eksempel at det kan være krenkende og fornærmende for pasientene å bli utredet for eventuelle ikke-heteroseksuelle erfaringer. I tillegg ser det ut som om slike kartlegginger vurderes som å ha en karakter av å være privat. Ingen informanter brakte opp diskusjoner om ikke-heteroseksuelles eventuelle egne negative holdninger til homoseksualitet og implikasjoner dette kan ha på selvforståelse (Hillier & Harrison, 2004). Ingen positive assosiasjoner meddelt i dette materialet var knyttet til temaer kjønn, seksualitet og identitet, når avgrensningen var marginalisert seksualitet. Tre underkategorier ble definert i analysen av dette temaet: ”stigma”, ”kriminalitet” og ”psykose”.

Stigma: Det oppsto en forståelse i en fokusgruppe av at homoseksualitet er et stigma i samfunnet. Flere av informantene i denne gruppa var opptatt av å ikke reprodusere denne stigmatiseringen i terapirommet, men bemerket at det var kinkig og til dels vanskelig å unngå dette i samhandling med pasientene. En informant problematiserte hvordan en som behandler skal håndtere at det er en risikofaktor å være homoseksuell, uten å samtidig devaluere homoseksualiteten. Som denne deltageren som påpekte å ”vokte” på seg selv seg for hvordan uttrykke seg til pasientene:

Altså det er jo viktig, synes jeg, den kunnskapen, å vite at det er en risikofaktor, samtidig så.. så er samfunnet så opptatt av at det er likeverdig.. også skal du passe på å nærme deg dette temaet, der du ikke *selv* skal si noe om dette *ikke* er likeverdig, sant.. du må, du må vokte veldig hvordan du uttrykker, noen ganger kan man tenke sånn ”nå må jeg ikke si noe som gjør at pasienten tenker at *jeg* synes det er en risikofaktor”, hvis vedkommende er homofil, sant (1/4).

En måte å forstå dette utsagnet på er at det kan være vanskelig å unngå å være en del av en stigmatiserende kultur, selv som terapeut: ”men det gjelder å balansere.. at det ikke.. ikke skal være stigma, samtidig som man har en viten om at det er et stigma, for mange pasienter som kanskje er homofile, oppleves stigmatiserende, noen ganger.. det er en utfordring” (1/4). Dette ble kommentert av en annen i gruppa som hevdet: ”det med respekt, er ordet jeg.. sitter å tenker på hele tiden, ja, for du kan lett krenke noen som ikke aksepterer selv eller.. et stigma eller.. liksom sånn” (2/2). Slik jeg forstår denne informanten her kan det være problematisk for pasientene at homoseksualitet vurderes som en risikofaktor av behandler, og informanten prøver å vise en ivaretagelse av pasientene ved å sette denne forståelsen av risiko til side. Skal det forstås slik at den forskningsmessige tendensen av økt suicidrisiko har et krenkende element i seg? En annen slutning kunne være å bruke forskningsfunn om økt risiko knyttet til stigma som grunn for intervensjon. En annen måte å tolke utsagnet på er at informanten stiller seg kritisk til forskningen som hevder det er en sammenheng mellom homoseksualitet og økt selvmordsrisiko. Dette ble ikke videre utdypet i diskusjonen.

Ingen informanter knytter stigma og følgene av det, til pasientenes selvfølelse og selvforståelse, bare til noe som ikke skal reproduseres i terapirommet.

Kriminalitet: Flere negative assosiasjoner i dette materialet gikk i rettsstridig retning. En gruppe diskuterte hvorvidt ”avklaringer om legning” var hensiktsmessig i forhold til å påvise

enkelte pasienters tiltrekning av yngre gutter. En annen gruppe kom også opp med pedofili som en assosiasjon i den generelle diskusjonen om kjønn, seksualitet og identitet, illustrert i denne passasjen mellom tre deltagere i en gruppe:

Tenker du at det er fordi at vi jobber med, jobber med det vi gjør? At vi har en sånn holdning til mennesker, sånn intet menneskelig, er meg fremmed? (4/4)

Kanskje.. det som er skummelt noen ganger, er jo hvis folk kommer, som du sa med pedofili, altså intet menneskelig er meg fremmed og når skal man sette ned foten å si at noe ikke er greit, sant (1/4)

Det er ulovlig, i hvert fall (4/4)

Ja, sant og det er en, det tenker jeg er det, det som er ulovlig er i alle fall.. men jeg, jeg ehm.. (1/4)

Og det er jo.. ikke homofili lenger (2/4)

Denne sekvensen viser hvor kort assosiativ avstand det kan være mellom pedofili og homoseksualitet og at det fortsatt ikke er overflødig å påpeke at homoseksualitet ikke lenger er kriminalisert, selv ikke i psykisk helsevern. En annen måte å tolke denne sekvensen på er om siste informant korrigerer den foregående og at det kan være et uttrykk for sosial kontroll.

En informant i en tredje gruppe hevdet at noen pasienter som et ” ledd i sin psykose, lurte på om de er pedofile” og hvor behandler står overfor spørsmålet ”hva er dette, er dette en vrangforestilling, eller er det.. noe faktisk i det”. Andre negative assosiasjoner i denne underkategorien var seksuelle overgrep, både at pasientene kan være overgriper og offer. Enda et eksempel med negativt innhold handlet om en pasient som blottet seg og onanerte i en krenkende kontekst.

Flere poengterte hvor problematisk det kan være å snakke om homorelaterte emner med pasienter når det i språket ligger en så utbredt bruk av homoseksualitet som skjellsord og ærekrenkelser:

Ja, for det kan noen ha brukt en del som skjellsord og ikke sant.. litt sånn.. jævla homse, liksom eller.. [...] for meg er det liksom ikke noe negativt å være homofil.. det er ikke noe egentlig noe negativt med homse heller, men det har i hvert fall vært litt sånn.. brukt på en måte.. eller, jeg vet ikke.. det ligger noe der.. i språket (2/2).

Denne felleskulturelle forståelsen av at homorelaterte begreper anvendes i stor skala på ærekrenkende måter, gjør det vanskelig å snakke med pasienter på gode måter. Informantens påpeker at det ligger hindringer i språket. Her åpner informanten opp for hvor komplekst og utfordrende dette kan være. Utsagnet kommenteres av en annen informant: ”ja, jeg tror språket sier veldig mye om våre egne.. hva vi selv tenker, hva vi selv.. tror er krenkende” (1/2). Språk utforskes videre i hovedtemaet *ubehaget*.

Ingen informanter henviser til homoseksuelle som særlig utsatte for kriminalitet. Moseng (2007) viser for eksempel at homoseksuell ungdom utsettes for hatkriminalitet i større grad enn heteroseksuell ungdom i Sverige og Norge.

Psykoselidelsen: Psykosepasienter er en sammensatt pasientgruppe forbundet med et sterkt lidelsestrykk. I dette ligger det mange iboende negative assosiasjoner knyttet til lidelsen. Derfor kan det i noen tilfeller i dette materialet være et uklart skille mellom hvilke assosiasjoner som er knyttet til psykose og hvilke som forbindes med ikke-heteroseksualitet, som dette eksempelet viser: ”men, men du kan si at mange av våre pasienter har jo, he he, de går jo litt utenpå normen på veldig mange områder, så sånn (ler) ser vi jo” (3/4) og trekker denne forståelsen mot seksualitet med ”det å være homofil er det minst merkelige, for å si det sånn” (3/4). Dette framstår som en alminneliggjøring av ikke-heteroseksualitet, ved å underordne det i forhold til psykosens mange normbrudd.

Tre av fire grupper knyttet tette bånd mellom pasienters tanker om homoseksualitet til vrangforestillinger. Vrangforestillinger er et typisk symptomuttrykk ved lidelsen, og dermed en uspesifikk assosiasjon som sådan: ”noen som har levd i, ja, ekteskap og barn og alt mulig, og som så i depressiv psykose begynner å snakke om.. og er engstelige for at de egentlig er homofile, egentlig ja.. men igjen, er jo ikke det noe vi går inn på” (1/3). På spørsmål om hvorfor ikke, svarte informanten: ”vi ikke bør gå inn på det som kan være vrangforestillinger” (1/3). En annen informant i en annen gruppe hevdet noe lignende:

For det er mange.. eh.. eller mange, jo jevnlig pasienter som.. selv har ganske kludrete forestillinger om det og nesten blander opp mot vrangforestillinger og de hører stemmer som sier ’du er homofil’ og det er liksom det verste som kunne skje”, hvis det var riktig og skal man tro på den stemmen og hvem er jeg, ikke sant, og det er også knyttet opp mot psykosen av og til da” (1/4).

Poenget i denne sammenhengen er hvordan det i datamaterialet utelukkende ble knyttet et assosiativt bånd mellom vrangforestillinger og homoseksualitet, mens denne forbindelsen ikke oppsto i mellom vrangforestillinger og heteroseksualitet.

Tema 5: pasienten

Terapeutenes tanker om og forståelser av psykosepasienten er sentral for opplevelse av muligheter i terapirommet. Psykosens begrensninger var et underliggende tema i større deler av datamaterialet. Det viser seg også i hovedtemaet *rasjonale*, og det dukker opp igjen her ved at noen av informantene opplevde at intervensjonsmulighetene med psykosepasienter var færre enn med andre pasienter. Forståelser av psykosepasienter viste seg å være mer forskjellig mellom gruppene enn ventet. Det er flere grunner til det. For eksempel kan det eksistere forskjellig (språk)kulturer på de forskjellige stedene. Det kan også skyldes at pasientgruppene har noe forskjellig alder på de forskjellige avdelingene og at dette gir føringer for hvordan det tenkes og snakkes om pasientene. Alle gruppene deler dog opplevelsen av at det er en pasientgruppe med spesielle terapeutiske utfordringer. Underkategorier som belyses i dette temaet er ”identitet”, ”allianse” og ”forståelser av pasienten”.

Identitet: Prosjektet benytter seg av store og åpne begreper som psykose, kjønn, seksualitet og identitet. Jeg hadde en forventning om at det ville oppstå behov for definisjonsavgrensninger av disse begrepene under diskusjonene, men det forekom bare i en gruppe og da bare med begrepet psykose. Ingen informanter løste opp begrepet seksualitet i mindre enheter som for eksempel identitet, begjær, selvforståelse, attraksjon eller adferd. Ingen problematiserte kjønnsforståelse eller begrepet kjønn overhodet.

Mange informanter ga inntrykk av at kjønn, seksualitet og identitet generelt sett er temaer av stor betydning. Et stort flertall forteller at de har hatt svært lite erfaring med homoseksualitet:

Ja, kjæresten og seksualitet er et kjempeviktig tema, synes veldig mange av oss kommer inn på det og de tror jo ofte at løsningen på ensomheten er å ha en kjæreste, sant, de kjenner jo veldig mye på ensomhet mange av de.. og det er et stort tema hos mange av mine pasienter, og det.. men ikke eh.. eh.. men det har mer.. hm.. knytta opp i mot heterofil kjærlighet (1/4).

En informant i samme gruppe fortalte: ”så jeg har liten erfaring med homoseksuelle, jeg kan huske en lesbisk jente husker jeg veldig godt” (2/4). Og sier videre om sin erfaring :

Jeg spør også om kjæresteforhold og følelser og seksualitet og alt mulig sånt nå, og da har det kommet fram at de er heteroseksuelle, er så klart liksom, det er ikke noe tvil. De sier det helt tydelig” (2/4).

Informanten har tidligere uttalt at hun har en praksis hvor hun ikke åpner opp for at pasienten kan ha samkjønnserfaringer. Verken denne eller andre informanter problematiserte at pasienter kan forstille seg eller holde tilbake tanker og erfaringer om homoseksualitet i terapirommet, noe som ikke er uvanlig for marginaliserte pasienter (Hegna, 1999). Kun en informant i hele utvalget nevnte en slik mulighet: ”ja.. slitsomt å gå og late som noe annet, at man er noe annet i alle fall.. [...] ja.. det har jo sikker mange gjort her i livet” (2/2).

Informanten trakk denne slutningen på en sekvens om allianse: ”hvis du skal ha en pasient litt over tid da, [...] så skal ikke pasienten føle at han driver og skjuler ting for deg da, for da er jo hele poenget med psykoterapi borte” (2/2). Informantene viser med andre ord stor spredning i hva som oppfattes som sentralt i pasientbehandling rundt sensitive temaer.

En annen gruppe drøftet seg fram til at det bør være lettere for behandler å ta opp sensitive temaer, enn å overlate ansvaret til pasienten: ”de har jo ikke noen trygg identitet og de har liksom vaklende nettverk og.. men jeg tror kanskje vi gjør en bjørnetjeneste ved å tro at det å late som det ikke er.. eksisterer, altså det er jo enda verre” (1/2). Informanten legger et klart større ansvar på terapeuten i dette utsagnet, på tross av at denne informanten heller ikke utreder seksualitet på noe som helst tidspunkt i behandlingen.

Ja, det er nettopp det jeg tenker med psykosepasienter som kan ha en litt svak egofunksjon fra før av, og så konfronterer de litt med ’ja, hvem er du, på en måte? Ja, har du ikke skjønt det’.. altså at du går inn i noe som.. som på en måte er.. kan være fragmentert på grunn av andre ting, ikke fordi han eller hun har funnet ut legningen sin.. men mer, det er så knyttet opp til *jeg*, altså hvem er *du*, på en måte (1/2).

Denne informanten viser en tydelig forståelse av at seksualitet er knyttet til identitet og selvforståelse, selv om informanten ikke selv kartlegger eller utreder seksualitetspraksiser, tanker og erfaringer ut over om pasienter er i en relasjon.

En annen gruppe drøftet hvor utfordrende det kan være å romme alle temaer som måtte aktualisere seg for den enkelte: ”vi sitter og ser pasientene en gang i uka, over lang tid,

og da tror jeg de aller fleste temaer er berørt (ler) altså.. men det er klart, man kan jo aldri garantere seg for det” (1/4) og sier om pasientene: ”de leter jo etter seg selv på mange måter” (1/4). Informanten erkjenner at det kan være temaer som pasientene ikke snakker om i terapi. Denne letingen etter seg selv gjennom temaer knyttes til pasientens selvforståelse og identitet, noe som framstår som en fenomenologisk forståelse av pasientene. Som antydnet tidligere argumenterer fenomenologisk forståelse for at det kan være av stor betydning å snakke om temaer som kjønn, seksualitet og identitet med pasienter med psykoseproblematikk.

En informant uttalte at det kunne være angstfylt for pasienten å nærme seg temaet identitet: ”altså hvordan skal man, på en måte, gå inn i den identiteten, hva som på en måte er grunnlaget for deres identitet og samtidig ivareta dem. Kjempevanskelig” (1/2). Samtidig anerkjenner informanten hvor utfordrende det kan være å være behandler i dette arbeidet.

Allianse: Allianse er en av de sentrale fellesfaktorene i terapiforskning, og jeg hadde en antagelse på forhånd om at dette ville bli et sentralt tema i diskusjonene. Særlig fordi temaene kjønn, seksualitet og identitet er sensitive temaer og utfordrer alliansen mellom pasient og behandler på spesielle måter. Det viste seg i analysen å bli klart mindre referert til enn antatt. De få beskrivelser og henvisninger til allianse i datamaterialet var stort sett knyttet til to fenomener: kvaliteten på alliansen og frykten for å skade alliansen ved å krenke pasienten gjennom kartlegging av ikke-heteroseksuelle erfaringer.

Flere grupper understreket at det krevde en viss kvalitet på alliansen for å snakke om sensitive temaer med pasienten. En informant poengterte at pasientene ikke ”utleverte sine innerste kamper” (1/4) i første møtet med behandleren, men at det krevde mer tid og en annen type allianse: ”så kan man stille disse kjærestespørsmålene og sanne ting, men, men de litt dypereliggende tema rundt det, det er jo.. i en god behandlerrelasjon, tenker jeg” (1/4). Dette åpner opp for en forståelse av at allianse er grunnleggende i arbeidet med sensitive tema.

Andre informanter redegjorde for hva som er avgjørende for når det passer å snakke om sensitive temaer: ”det handler om typen nærhet jeg har til den pasienten og liksom [...] og hva slags eh.. stemning det er i det vedkommende snakker om” (3/4). Trygghet spesifiseres som sentralt for når det passer å snakke med pasientene om seksualitet og blir nevnt av flere deltagere. I en gruppe ble det sagt: ”det er jo sånn at det skal være noe allianse, ikke sant, det skal være trygt og jeg tenker for å kunne snakke om sanne ting” (2/3). Et spørsmål som dukker opp da er trygghet for hvem? Denne informanten hevder at for å kunne snakke om skambelagte tema, er det en forutsetning at alliansen er grunnlagt først: ”jeg tenker den må

være der først, for hvis du skal på en måte gå inn i bare det der mere sånn..eh.. biografiske anamnesticke da” (2/3). På tross av dette sier den samme deltageren at: ”jeg sitter jo ofte, jeg satt jo her og tenkte på, det er jo også dette.. jeg tror vi unnviker en del å snakke om seksualitet i det hele tatt”(2/3). Tryggheten ser ut som å være en forutsetning for å snakke om skambelagte, sensitive temaer og den bør være på begge sider av bordet.

Andre opplevde psykosen som begrensende i alliansearbeidet med enkelte pasienter. En informant beskrev en spesifikk relasjon til en pasient slik: ”Og god kontakt med [pasienten] i den forstand at han har sjelden brutt samtalen og bare gått i sinne og ikke truet meg og sånt.. lista ligger der, for å si det sånn” (2/1). Denne opplevelse av begrensninger ble ikke kommentert av de andre deltagerne og ikke gjentatt av andre grupper. Dette kan skyldes forskjell på pasienter og behandlingskultur i disse avdelingene.

Ytterligere en informant ønsket å anerkjenne at det kan oppstå usikkerhet hos begge parter i utforskingen av sensitive temaer:

Hvor viktig det er å akseptere sine litt sånn irrasjonale følelser og pasientenes irrasjonale følelser og.. det er noe med i forhold til å ta opp det tema da.. altså at en kanskje vedkjenner seg at dette er et litt vanskelig tema, men at.. at en bør ha mer aksept for å liksom famle litt, men allikevel.. det er greit på en måte, at det er vanskelig å ta opp, at det ikke blir en sånn skambelagt ting (1/2)

En deltager i en annen gruppe hadde en lignende innstilling til det å søke etter mening sammen med pasientene: ”og det er ikke noe farlig og sammen med en pasient heller å snakke om at ja, okay, hvordan snakker vi om dette her?” (1/4). Denne informanten fortsetter med å foreslå hva som kan være mulig å si til pasienten i enkelte situasjoner: ”hvordan synes du vi skal snakke om dette, synes du at det var greit at jeg spurte om dette?” (1/4). Kommentarer fra andre i gruppa er at: ”må jo alltid prøve seg fram, det er jo ingenting man med sikkerhet kan si at sånn og sånn” (2/4) og denne informanten utdyper: ”det er ikke sånn at jeg vet og du vet ikke, eller omvendt, eller noe sånt” (2/4). Den passasjen ender med et innspill fra en tredje deltager som hevder: ”men det som med sikkerhet altså.. det vi vet, eller det som det finnes en sikkerhet i, det er at vi har mange erfaringer i å snakke om disse temaene” (3/4). Informantene i dette eksempelet gir en beskrivelse av hvordan de i diskusjonen går fra en opplevelse av usikkerhet til sikkerhet i samhandling med pasienter.

En gruppe problematiserte at pasienten ofte var innlagt på deres behandlingsenhet av så kort varighet at allianse var vanskelig å bygge opp: ”det er vel det der at jeg tenkte mer

forsiktig.. det er noe med å tenke alliansen, det der å jobbe veldig.. altså.. Det er klart at en del pasienter som vi også får, de er her ganske kort tid” (2/3). Kjønn, seksualitet og identitet er etter denne informantens mening temaer som krever mer tid sammen med pasientene: ”en del av disse temaene tenker jeg, er litt sånn.. er sårbart.. eh.. og at eh.. jeg tenker en del av dette hører best hjemme hos en poliklinisk behandler, som har en allianse over tid, da” (2/3). Her vises det til at det er noen andre, et annet sted som skal ta tak i dette, noe som påpeker hvordan temaet seksualitet igjen sekundariseres i behandlingsprosessen. Ut fra en kobling som finnes mellom heteronormativitet og psykisk uhelse kan det ses som spesielt viktig at behandlere er seg bevisst at alliansebrudd kan oppstå om klienten opplever at behandleren mangler kunnskap om ikke-normative kjønnsuttrykk og seksualiteter (Nilsson & Jensen, 2010). Et slikt alliansebrudd kan forebygges gjennom å tilegne seg kunnskap. Videre er det av betydning å aktivt arbeide med situasjoner som oppstår i terapirommet, for å unngå at dette blir ytterligere en stressor for marginaliserte pasienter.

Forståelser av pasienten: Alle gruppene snakket om psykosepasienter på måter som speiler dem som lite relasjonelle og seksuelt aktive. Denne beskrevne lave relasjonskompetansen framsto som rasjonale på hvorfor kjønn, seksualitet og identitet ikke blir et tema: ”men det er veldig få som har kjæresten, etter min erfaring faktisk, det, det er det. Og da blir det liksom unaturlig å gå inn på det” (2/4). En annen gruppe fremmet også denne forståelsen i en diskusjon om tap av seksuell lyst utløst av psykofarmaka: ”der er du inne på noe av det vi snakker om, fordi det er jo en gruppe som i mindre grad har noe seksuelle forhold, altså” (2/3). Dette utsagnet ble kommentert slik: ”ja, også er det de som er kroniske schizofrene som plutselig.. ehm blir overasket når de er opptatt av impotensen. For hvor finner de seksualpartnere eller [...] for er det onani de driver med, eller” (1/3). Disse uttalelsene kan speile en helt relevant og erfaringsbasert forståelse av psykosepasienter, men ulempen er at slike forventninger medvirker til at pasientene kan endre seg i retning av forventningen.

En annen gruppe knyttet mangelen på relasjonskompetanse til at pasientgruppa besto av yngre mennesker:

De er veldig unge de som kommer til oss, også kan vi si det at når de har.. eh.. på en måte.. hatt det der fallet, inn i.. psykosesymptomer, holdt jeg på å si da, så har veldig mange har jo levd veldig isolert, eller de har liksom trukket seg unna venner og.. og har kanskje ikke så mange seksuelle erfaringer [...] så de vet så lite om seg selv på det området (3/4).

Sitatet påpeker en sammenheng mellom mangel på relasjonskompetanse og selvforståelse hos pasienter, noe som kan brukes som antagelse for at sensitive temaer, som seksualitet og identitet, er høyst relevant for psykosepasienter. I den samme gruppa uttaler en annen deltager seg om pasientenes muligheter til relasjoner: ”også er det ikke alle som er like attraktive på.. markedet, altså de er jo noen av de litt avflata, apatiske, de er jo liksom ikke spill levende alle av de i hvert fall” (1/4) og hevder at: ”da skal konkurrere på det vanlige markedet i hvert fall, er utfordrende for dem da” (1/4). Her avspeiler det seg igjen en forståelse av pasienter som kan være relevant, men som kan legge til rette for selvoppfyllende profetier.

Forbindelsen mellom seksualitet og skam ble nevnt i en diskusjon. En informant forklarte sin forsiktighet overfor pasienten ved kartlegging av sensitive tema slik:

Det som bringer dem i.. i en sånn hjelpsøkerrolle, er alltid litt skambelagt. Og det har i hvert fall tidligere vært.. vært sånn at.. ting som.. som knytter seg til seksualitet da, har vært mer skambelagt enn andre ting. I en viss grad tror jeg det er sånn fremdeles (2/1).

Hensikten med en ”veldig skånsom spørring” er at informanten prøver å ”la folk få ha en ære i behold” (2/1). En annen deltager repliserte: ”men dette handler jo om hvordan vi formidler at vi synes det har skam og det er derfor jeg sier at.. at det er viktig at vi er litt sånn.. ikke har så mye følelser rundt dette her og synes at det er greit” (4/1). Informanten viser en forståelse av at hva som kan være gode teknikker i møte med pasienter. Det kan framstå som motsetningsfylt at terapeuter kan ”ha skam” og samtidig ikke føle så mye. Dette utsagnet antyder at det ikke er bare pasientenes ubehag som opptrer i terapirommet, men også terapeutens. Andre informanter i en annen gruppe prøvde å løse opp forbindelsen mellom seksualitet og skam: ”men skam, det kan man jo ha i forhold til så mange ting, det er så viktig, eller grunnleggende stor følelse, så det tenker jeg, det kan.. det jobber vi jo med, i forhold til mange andre tema og” (4/4). Ingen informanter i denne gruppa, eller andre, knyttet skam til et særskilt fenomen som marginaliserte pasienter kan streve med.

Bare en av gruppene var så vidt innom særskilte temaer som homoseksuelle pasienter kan streve med og som er viktig å kjenne til i forståelsen av pasienten: ”de vi har hatt inneliggende, det har jo vært en viktig del av.. på en måte deres sykehistorie, at de ikke har fått anerkjennelse eller.. fra sitt nærmiljø” (1/2). Dette vurderer denne informanten som en ekstra påkjenning: ”og det har gjort de stresset og.. ja, til syvende og sist psykotiske da.. altså.. de er jo dårlige i utgangspunktet men, det har vært en belastende del” (1/2). Informantene i denne gruppa nevner noen elementer som er av betydning for homoseksuelle

pasienter: ”spørre hvordan foreldrene har tatt det og.. hvordan det har vært å vokse opp og liksom når du fant det ut og.. om det var tøft og.. det er jo mange ting” (2/2). Ut over disse to informantene meldte ingen temaer som særskilte i møte med marginaliserte pasienter.

Tema 6: ubehaget

Det siste hovedemne *ubehaget* framsto som en undertekst i større sekvenser av datamaterialet. Psykisk lidelse, og psykose i sin særdeleshet, er et fenomen med stor iboende tyngde og bringer mye ubehag med seg i innhold og stemning. Det er min mening at ubehagsfølelser som uttrykkes i dette datamaterialet, går ut over dette generelle ubehaget. To undertemaer sto fram i tekstmaterialet: ” ubehaget i språket” og ”motoverføringer”.

Ubehaget i språket: Ubehaget i språket trådte fram som en påfallende underkategori. Det var til en viss grad vanskelig å lese og forstå meningsinnholdet i enkelte av transkripsjonene, fordi språket til dels var oppløst i uavsluttede setninger, mange repetisjoner, utbredt bruk av hvileord, avbrytelser og avslutninger av andres setninger. Det er uklart hva dette kan skyldes, men det formidler en fornemmelse av ubekvemhet og ubehag i underteksten.

I utgangspunktet var jeg ute etter å snakke med informantene om måter de snakker med pasientene på og diskurser som trer fram i terapirommet. Informantene mine hadde jevnt over ikke så mye å si til det og ville ha eksempler og utdypinger fra meg på hva jeg mente med språk og diskurser. Intervjuguiden kan ha vært utilstrekkelig på dette området. Diskusjonene dreide i stedet om begreper på homoseksualitet som fenomen, og bruken og forståelsen av disse, noe som også var innenfor prosjektets undersøkelsesområde. Noen få deltagere erkjente et eget ubehag ved å snakke temamessig om homoseksualitet, noe som tydeliggjorde seg når vi snakket om ord og begreper. Datamaterialet inneholder mange eksempler på ubekvemhet med ord og uttrykk som beskriver ikke-heteroseksuelle tanker eller handlinger.

De fleste informantene slo eksplisitt fast at det ikke oppleves som vanskelig å snakke med pasienter om sensitive temaer, deriblant homoseksualitet: ”men ikke sånn i forhold til identitet og legning, så tror jeg ikke det. Så synes jeg ikke det er vanskelig med noen av ordene” (4/4). Flere informanter mente at det var andre eksplisitte temaer som kunne være vanskeligere å snakke med pasientene om enn homoseksualitet, for eksempel impotens utløst av medisiner og barnløshet. Andre igjen hevdet at vanskene ble større når samtalene dreide

seg om: ”seksuell utøvelse, at det er da det kommer inn” (1/4). Dette skillet mellom å være og å gjøre, altså et skille mellom identitet og handlinger, var det flere som kjente seg igjen i:

Kanskje jeg har trodd at jeg ikke har et problem, så egentlig har jeg det da, den der lesbiske greia og sånn, men jeg synes egentlig ikke det å snakke om legning eller.. identitet, at det vanskelig, at det er.. at det liksom.. begrepsbruken er vanskelig der, jeg synes det er noe annet når man skal gå inn i sånn seksuelle handlinger, det synes jeg er.. da er da er jeg enig med deg, at det kan være vanskelig å vite hvilke ord man skal legge seg på (4/4).

Denne informanten fortalte at det kunne være utfordrende og ”vrient” å finne hvilke ord som skulle brukes, ord som pasientene var fortrolige med som informanten selv ikke følte hun kunne bruke og: ”hvis jeg da bruker andre ord, at det blir sånn korrigering av dem” (4/4).

Flere informanter i denne gruppa problematiserte det med språkbruk og hvorvidt det var greit med forskjellig ord på seksualitet som tema: ”jeg er opptatt av at jeg.. det at jeg bruker de ordene som er naturlig for meg, og ikke, ikke bruke det som er pasientenes og som noen ganger kan være grove og sånt noe” (2/4) og hun fortsatte: ”jeg bare tenker at jeg snakker mitt språk [...] og han snakker.. sitt” (2/4). Ulempen med dette er at muligheten for at det snakkes forbi hverandre og ikke med, øker. Informanten beskrev det som om det blir ”unaturlig” hvis hun ikke snakker sitt språk og at det kan danne seg en ”rar stemning”. Dette kan forstås som at informanten vektlegger sin egen opplevelse av ubehag og styres av denne, framfor pasientens opplevelse.

Flere tok til orde for at det er forskjell på hvordan det snakkes om homoseksualitet i og utenfor terapirommet, og begrepet terapispråk ble framsatt av en informant: ”ja, også må du på en måte finne ditt terapeutspråk for det da, som er ditt og som du sikkert kan ha et naturlig forhold til” (1/4). Informanten foreslo at: ”snakker nærmere om disse tingene som terapeut, enn du gjør i ditt daglige liv, med andre” (1/4). Et annet innspill på språkbruk var fra en informant som hevdet: ”jeg snakker, jeg sier de latinske ordene liksom, ikke sant” (2/4). Denne gruppa landet diskusjonen om ditt, mitt og terapispråket på at: ”man må liksom lete seg fram til hva er greit” (1/4). Det kan kanskje diskuteres hvor formålstjenlig det er for pasienter som strever med disse temaene at språket er så lite klargjort.

Diskusjoner rundt begrepet *lesbisk* dreide seg blant annet om assosiasjoner knyttet til begrepet. En informant mente hun ikke forbandt så mye til begrepet og fortsatte: ”altså det er ikke sånn at jeg har masse sånne fordommer mot det uttrykket.. men jeg har, som sagt, hørt..

at folk har sagt liksom 'jeg liker ikke det ordet'!" (3/4). Dette kommenterte en annen deltager med: "tror folk har en sånn traktorlesbe-følelse, av det å bli kalt lesbisk, for det er noen som liksom forbinder det med det, da" (1/4). En informant undret seg over opprinnelsen til begrepet lesbisk, noe som åpnet opp for en diskusjon om begrepet:

For meg er det helt assosiasjonsfritt, ja (4/4)

Altså, det, det er.. men, men det altså, jeg, jeg bare vet at det er veldig mange som ikke liksom liker det ordet (3/4)

Ja, da må jeg ta det til etterretning (4/4)

Ja, for det har jeg en slags fornemmelse av at de ikke liker det, og jeg vet ikke helt om det er sånn, men det er min fornemmelse (2/4)

Hva er det jeg har gått glipp av nå da? (4/4)

Det henvises i sekvensen til ukjente andres ubehag ved begrepet, noe som blir utslagsgivende ved at *lesbisk* framstår som et lite attraktivt begrep å anvende, selv for informanten som sier at begrepet er assosiasjonsfritt i utgangspunktet. Gruppen brakte inn i diskusjonen alternative begreper til lesbisk som de kjente til, som "panserlesbe" og "macholesbe". Det er uklart i datamaterialet om informantene anser begreper som egnet i møte med pasienter, eller om de idémýldrer rundt begrepsforståelse.

Begrepene *homser* og *lesber* var det ingen som var komfortable med å anvende i terapirommet: "nei, det blir litt for slang, da føler jeg at jeg blir for uprofesjonell" (2/2), noe informanten selv kommenterte med: "jeg vet ikke hvorfor det, det er jo bare forkortelser". Det ble av noen begrunnet med at det var et "internt privatspråk". Ingen åpnet opp for at begrepene også kan sees på som å romme gode forestillinger om homoseksualitet, og som kan gi positive rammer for selvforståelse hos pasienter. De aller fleste informantene anvender *homofile* og *homofili* som samlebegreper: "jeg synes jeg blir formell, når jeg snakker om de tingene [...] litt sånn nøye. Litt formell. Jo, jo, da er jeg nok bevisst på det" (3/3). Å være formell kan forstås som å være korrekt og stiv (ordnett.no). "Korrekt" er å være profesjonell, mens "stiv" kan skape begrensninger og øke terskelen for pasientene for å ta opp og snakke om seksualitet med behandlere. En informant vurderte en kjønnsnøytral begrepsanvendelse som nyttig: "da har jeg liksom tenkt at jeg, hvorfor skal man egentlig, sånn som du sier da, hvorfor skal man skille mellom kvinner og menn, liksom? De er jo homofile" (3/4).

Informanten er opptatt av sin egen forståelse av begrepene og lite av pasientenes opplevelse av betydninger og konnotasjoner. Denne pronomenbruken, ”*de* homofile”, gjentas av flere informanter i flere grupper og speiler en tankegang om at homoseksuelle er noe annet, noe utenfor og signaliserer avstand og avgrensing.

Alle informantene brukte begrepet *legning* i diskusjonene og overfor pasientene i terapirommet. Ingen brukte begreper som seksuell orientering eller seksuell identitet. Det oppsto noen diskusjoner rundt begrepet *legning* og hva det betyr: ”vet du hva, jeg assosierte det plutselig til at det hørtes nesten ut som en sykdom” (1/2). Selv om denne informanten velger å anvende begrepet *legning* i møte med pasienter, hadde hun en opplevelse av at begrepet høres gammeldags ut. En annen informant i samme gruppe mente at: ”det høres så seriøst ut, på en måte” og at ”det blir så fastlagt.. hvis det er i legningen, da er det litt sånn uforanderlig, kanskje” (2/2). Flere assosiasjoner gikk på at *legning* høres ut som om det er en sykdom: ”har du høyt blodtrykk og forresten har du homofil *legning*” (1/2) som om det var et ”vedheng på kroppen”. Det kan se ut som om *legning* her forstås som en essensialistisk og fast størrelse, i motsetning til noe som kan være i bevegelse og dermed foranderlig. Dette er i tråd med en biologisk forståelse av seksualitet som noe medfødt og iboende. I en annen gruppe ble det uttalt at begrepet *legning*: ”blir *for* formelt” og går mot noe ”gammelmodig” (3/3). En annen informant uttalte at: ”Jeg tror språket sier veldig mye om våre egne.. hva vi selv tenker, hva vi selv.. tror er krenkende eller.. homofil *legning*, ja, nei det høres litt forfinet ut, på en eller annen måte” (1/2). Informantenes mange utsagn viser at de legger mange forskjellige typer mening og forståelse i begrepene, som bygger på forskjellige forståelser av seksualitet. I tillegg viser sitatene at disse begrepene også innehar et affektivt materiale. Når pasientens begrepsforståelse og følelser knyttet til disse også skal tas i betraktning, kompliseres språket ytterligere. Spørsmålet er hva dette gjør med muligheter i den terapeutiske konteksten.

I Statistisk Sentralbyrås kartlegging av seksuell identitet, redegjør de for betraktninger rundt begreper om seksualitet som oppsto under arbeidet:

Vi mener identitet er et begrep som i større grad enn orientering og *legning* er helhetlig og peker på et individs hele personlighet, og på den måten indikerer større grad av selvrefleksjon og selvklassifisering enn de andre begrepene. Vi tror derfor også at identitet er et mer positivt begrep enn både orientering og *legning* (SSB, 2009).

Dette eksempelet viser hvordan det byråkratiske, statlige språket er underlagt en nøye gjennomgang og refleksjon, noe jeg savner fra helsepersonell, eksemplifisert i dette datamaterialet.

Flere informanter refererte til *normalitet* i diskusjoner hvor begreper for homoseksualitet kom opp, som denne informanten som drøfter tanker om begrepsbruk. Legg forøvrig merke til pronomenbruket:

Skeiv, er ikke det unormalt, da? [...] men det miljøet, jeg ble bare så interessert i det, i det ordet skeiv, i det ordet der, liksom, det er jo ikke, det.. aksepterer de at de er lesbiske da, for eksempel lesbisk, eller [...] det blir, at det er ikke normalt å være lesbisk i hvert fall og da, jeg er ikke normal, liksom, jeg vet ikke jeg, jeg bare spør jeg, jeg, for jeg vet ikke om de, om de som er i det miljøet, om de sier at 'jeg er skeiv'? (2/4).

Dette ble bekreftet av en annen deltager at: "jo, men de gjør det" (1/4). Informanten svarte da: "jo, men jeg vet ikke hva som er vanlig liksom" (2/4). Det kan virke som om informantenes egne forståelser og meninger angående begreper og fenomener er lite utforsket, slik det kommer fram i datamaterialet. Uttalelsene framstår som ugjennomtenkte og ubearbeidede, som om ikke-heteroseksualitet er nye og uvante problemstillinger. En ulempe med dette er at det kan signalisere mangel på betydning av temaer overfor pasienter, noe som igjen viser til en sekundarisering. Åpen og trygg kommunikasjon er en forutsetning for at sensitive temaer kan bringes inn i terapirommet. Det er ikke alltid lett å vite hva ord egentlig skal bety, og det er enda vanskeligere å stole på ordene. Dette gjelder både for pasient og terapeut. Dette skaper rom for misforståelser og åpner for mulige feiltolkninger, alliansebrudd og forringet behandling. Det er antagelig ingen grunn til å tro at resultatene for dette utvalget er atypiske for hvordan begrepene og fenomenene anvendes i psykisk helsevern.

Motoverføringer: Motoverføring kan sies å være de følelser som vekkes hos terapeuten i møtet med pasienten. Bare to av informantene i hver sin gruppe brukte begrepet motoverføring i diskusjonene. Flere avkreftet bestemt at de opplevde det som ubehagelig å snakke om kjønn, seksualitet og identitet i overordnet betydning, men også knyttet til ikke-heteroseksualitet. Men ubehaget er likevel sterkt nærværende i datamaterialet, uansett ubehagets kilde, om det er i pasienten, behandleren eller i kulturen. Enkelte hadde tydelige opplevelser av at det ligger et ubehag hos pasienten: "altså jeg synes ikke det er så ubehagelig

akkurat det, men jeg synes det er ubehagelig hvis pasienten synes det er ubehagelig” (2/2). Som analysen har vist tidligere, har mange informanter understreket at de ikke kartlegger ikke-heteroseksualitet fordi dette kan være potensielt krenkende for pasienten. Ingen åpner opp for en undring om dette kan være et motoverføringsfenomen. Poenget i denne sammenhengen er hva dette ubehaget gjør med valg av intervensjoner og møtet med pasienten, uansett om dette ubehaget oppfattes som ditt eller mitt.

Flere nevnte nødvendigheten av å tåle det pasienten kommer med. En informant argumenterte med at det betyr at behandlere må ha oversikt på egne områder: ”at det er viktig at vi er litt sånn.. ikke har så mye følelser rundt dette her” (4/1) og informanten fortsetter med at: ”terapeuten må tåle det. Og, og må ikke bli, altså ha en masse sånne egne følelser rundt det” (4/1). Informanten kan forstås som å snakke om hvordan terapeuter bør forholde seg til motoverføringer, hvor det å ikke ha så mye følelser løftes opp som god praksis. Andre steder i datamaterialet er det utsagn som virker i motsatt retning, altså som om informanten mener det *er* mye følelser rundt dette. I og med at seksualitet er et av de temaene som pasienter vegrer seg mest for å snakke om i terapi (Farber & Hall, 2002), framstår dette som et noe inkonsekvent utsagn. En annen informant knyttet denne evnen til å tåle det pasientene kommer med til erfaring: ”sånn for min egen del, så har dette blitt lettere med årene, altså [...] har jo levd lenge, møtt noe, sett mye.. så.. blir ikke så overasket lenger” (2/1). Informanten overraskes kanskje ikke så mye lenger, men hevder tidligere i datamaterialet at kjønn, seksualitet og identitet ”sjelden” er et tema i behandling, noe som kan sees på som en måte å unngå overraskelser på.

En informant knyttet evnen til å sitte i motoverføringer på gode måter, til hva slags arbeidsvilkår som foreligger: ”det har noe med hvor travel dagen er og, at det.. ja og litt ss.. ja, og hvilken dag *jeg* har og, jeg tror det liksom er mange variabler i det, både hvordan jeg snakker og.. ja” (4/3). Informanten sier videre at det kan være ”krevende å skulle nøytralisere seg” til hvert nye møte med pasienter og at det krever strategier: ”og når det er litt travelt så.. er det som.. orker ikke helt å.. (ler) å få fordøyd [motoverføringene], før går videre og.. ja..” (4/3). Det er med andre ord ikke i dagens behandlingsmodell alltid lagt til rette for å ha tid til å fordøye motoverføringer som oppstår i terapirommet.

To informanter satte seg selv i pasientrollen i diskusjonene for å poengtere at terapieresultat også er avhengig av kvaliteter og egenskaper ved terapeuten:

Hvis jeg skal gå i terapi så kommer.. hvor åpen jeg blir, er helt avhengig av hvordan terapeuten er. Hvis terapeuten virker litt sånn.. ja, hva skal jeg si.. redd for enkelte

temaer og litt lukket, kanskje, og litt sånn skeptisk og streng, så åpner jeg meg ikke i det hele tatt. Gjør jo ikke det” (2/2).

Den andre informanten vektla behandlers usikkerhet som negativt for behandlingsprosessen: ”for jeg tenker når jeg selv har vært pasient i helsevesenet, det verste jeg vet er den som skal være behandler, eller den som skal gjør tingene, at de er usikre [...] at de, herregud, kan de ikke håndtere en dame i bar overkropp liksom” (4/4). Usikker, streng og skeptisk er her beskrivelser av kvaliteter ved terapeuten som forringer resultater. Flere informanter viser sin usikkerhet forskjellige steder i datamaterialet, blant annet er det framtrædende i hovedtemaet *motsetninger* og i underkategorien *språket* i teksten over.

En informant uttrykte et behov for å distansere seg fra marginaliserte pasienter for ikke å bli assosiert med dem: ”ehh.. at da er det mange grunner til jeg har behov for å distansere meg fra.. fra det å ikke.. en ting er at jeg ikke identifiserer meg med verken (ler), ikke er jeg jo hiv-positiv og ikke er jeg promiskuøs, men.. men det blir enda behov for å.. ja, eh.. distansere meg fra den koblingen.. homofil er lik promiskuøs er lik.. [...] er lik hiv-positiv” (1/3). Informanten forklarer dette behovet med at: ”det blir kanskje min egen internaliserte homofobi, hvis jeg skal bruke sånne uttrykk. At jeg da blir redd for hva andre assosierer” (1/3). Dette er datamaterialets eneste henvisning til begrepet internalisert homofobi, et begrep som er sentralt i forståelsen av hvor komplekst det kan være å bringe inn ikke-heteroseksuelle tema i behandling. Antagelsen er at pasienter kan ha negative tanker om egen og andres mulige ikke-heteroseksualitet. I tillegg kan terapeuter også selv oppleve negative tanker og assosiasjoner til ikke-heteroseksualitet, slik som denne informanten viser.

Diskusjon

Det materialiserte seg mange interessante temaer i arbeidet med datamaterialet, som åpner for flere muligheter og retninger i diskusjonsdelen. Under analysearbeidet tydeliggjorde det seg flere underliggende fenomener som viste seg gjentakende steder i datamaterialet. Tre av dem er av en slik karakter at de speiler store områder i datamaterialet, og de løftes derfor opp for en nærmere diskusjon. Det første fenomenet er hvordan ikke-heteroseksualitet som tema utsettes for en sekundarisering på mange små og store måter i datamaterialet. Det andre fenomenet er dikotomisering og hvordan dette kan virke inn på tenking om pasienter og behandling. Det tredje er hvordan denne sekundariseringen, med hjelp av dikotomisering, kan lede til og opprettholde marginalisering av ikke-heteroseksuelle som gruppe.

1. Sekundarisering: prosessen

Det tydeligste eksempelet i dette datamaterialet på hvordan temaer som ikke-heteroseksualitet blir satt i en underordnet og sekundær posisjon, er hvordan informantene forstår skjemaet. Skjemaet alle gruppene henviste til er *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*, utgitt av Helsedirektoratet i 2008. Skrivet fra Helsedirektoratet henvender seg først og fremst til ledere og utøvende helsepersonell i psykisk helsevern, og målgruppa for retningslinjene er psykisk helsevern innenfor spesialisthelsetjenesten. Det understrekes i retningslinjene at det er et viktig helsepolitisk mål å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk blant pasienter i psykisk helsevern, og direktoratet ønsker å sikre at pasienter med selvmordsproblematikk får forsvarlig behandling. Erfaring og forskning viser at mennesker med selvmordstanker og selvmordsplaner ikke alltid forteller om dette spontant (Helsedirektoratet, 2008). Retningslinjene gir en klar anbefaling om at kartlegging av selvmordsrisiko skal inngå som standard i alle vurderinger og utredninger av pasienter i psykisk helsevern. Videre står det at en slik rutinemessig kartlegging av selvmordsrisiko vil være et viktig kvalitetsløft i det selvmordsforebyggende arbeidet i det psykiske helsevernet (Helsedirektoratet, 2008). Men hvordan omsette slike retningslinjer til klinisk praksis?

Det mest urovekkende funnet i dette datamaterialet er at et stort flertall av informantene finner en begrunnelse i disse retningslinjene for *ikke* å kartlegge ikke-heteroseksualitet som risikofaktor. Informantene argumenterer blant annet for at dette ikke står konkret oppført i retningslinjene for forebygging av selvmordsfare. Det kan se ut som om dette oppfattes som et signal fra direktoratet om at det ses på som mindre viktige faktorer som ikke er underlagt lov om kartlegging og utredning.

Hva sier retningslinjene: risikofaktorer for selvmord som bør kartlegges i følge Helsedirektoratet (2008) er: ”psykisk lidelse, rusmiddelavhengighet/ rusmiddelmisbruk, tidligere selvmordsforsøk (antall og alvorlighetsgrad), brudd i relasjon (inkludert utskrivelse fra døgnenhet), selvmord i familien, tap av selvaktelse/ærekrenkelse (media) og manglende nettverk”. Her påpekes det store og åpne emner. Ved gjennomgang av retningslinjene kan disse tolkes i motsatt retning av hva informantene konkluderer med: retningslinjene påpeker en klar nødvendighet av å kartlegge og utrede seksualitet med tanke på marginalisering fordi: homoseksuelle og ikke-heteroseksuelle har høyere forekomst av psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet (Corliss et al., 2010, Hegna et al, 1999). De er mer utsatt for tap av selvaktelse og ærekrenkelser i den form at de er mer utsatt for vold og hatkriminalitet (Saewyc et al, 2006, Tiby, 1999) og de er mer utsatt for manglende nettverk (Moseng, 2001,

Hellesund, 2006, Martin & D'Augelli, 2003) og brudd i relasjoner (Hegna et al., 1999). Se for øvrig litteraturgjennomgangen i innledningen.

Svake sosiale nettverk regnes, ved siden av tunge psykiske lidelser og høyt alkohol forbruk, som en viktig utløsende faktor ved selvmordsproblematikk. En nærliggende forklaring på selvmord blant homoseksuelle ser ut til å være at de har svake sosiale nettverk (Moseng, 2007). Problemer med å akseptere seg selv som homoseksuell, følelse av isolasjon og ensomhet, ønske om å komme bort fra en uutholdelig situasjon og avmakt i forhold til framtiden er de fire mest vanlige motivene som blir oppgitt for selvmordforsøk i NOVA-rapporten (Hegna et al., 1999).

Slike generelle risikofaktorer som påpekes i retningslinjene kan både være urelatert til seksuell orientering og en konsekvens av dette. Wichstrøm og Hegna (2003) fant at det ikke er de generelle faktorenes betydning som avgjør, men at man må søke etter kjennetegn og erfaringer som er unike for ungdom med mulig homoseksuell identitet.

Ewa Ness, seniorrådgiver på *Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging*, hevder at retningslinjene er et forsøk på å kvalitetssikre selvmordforebyggende behandling i psykisk helsevern. Samtidig innrømmer hun at slike prosedyrer ikke gir noen garanti for at pasientene får god behandling. Det sentrale er hva som faktisk gjøres i møte med den enkelte pasient (Ness, 2009). Dette synet deles av noen informanter som hevder at det ikke bare er å kartlegge og summere risikofaktorer, men at klinisk skjønn er en avgjørende kvalitetssikring. Det kliniske skjønn forstår av enkelte informanter som å stå i et overordnet forhold til kartlegging og utredning. Dette datamaterialet viser en tendens til at risikofaktoren ikke-heteroseksualitet *verken* blir utredet og fanget opp med de foreliggende retningslinjer, *eller* med klinisk skjønn.

Flertallet av de 14 informantene understreker hvor sentralt seksualitet og identitet er for dem i forståelsen av pasienter med psykoseproblematikk. Dette gjelder på et generelt nivå. Et lite mindretall snakker aktivt og konkret om seksualitet med pasienter. Sentraliteten som seksualitet og identitet blir gitt av informantene i forståelsen av psykosepasienter, desentraliseres og ugyldiggjøres i stor grad når marginalisering bringes inn. Flere hovedtemaer og underkategorier viser dette fellestrekket med tilsidesettelse og ubetydeliggjøring av ikke-heteroseksuelle temaer, for eksempel *rasjonale* og *motsetninger*. Dette fenomenet identifiserer jeg som en sekundariseringsprosess. Sekundær betyr i følge ordnett.no underordnet og uvesentlig. Videre betyr uvesentlig: Betydningsløs, ikke påaktende, intetsigende, irrelevant, likegyldig, marginal, perifer(isk), på siden av saken, ubetydelig,

utenforliggende, uviktig (ordnett.no). Dette er ord og meninger som informantene i overraskende stor grad har brukt i diskusjoner om marginaliserte pasienter.

Effekten en slik sekundarisering kan ha, er en opprettholdelse eller styrking av den marginaliserte posisjonen. En posisjon som informantene i utgangspunktet ikke umiddelbart anerkjenner eksisterer for pasientene. Sekundarisering opptrer som et bakgrunnsprogram, ofte ikke bevisst og synlig i samtalen, men underliggende til stede i samtalene og tydeligere i transkripsjoner og analyseprosess. Det kan se ut som om marginaliserte pasienter rebekreftes og konstitueres som marginaliserte gjennom gjentatte sekundariseringsprosesser. Kanskje er det mer hensiktsmessig å forstå disse prosessene som en dobbeltmarginalisering, slik at *både* psykoselidelsen og ikke-heteroseksualitet gir en berettigelse til marginalisert posisjon?

Det problematiske med at dette ikke utredes er at det kan føre til begrenset og utilstrekkelig selvmordsforebyggende behandling. Forskere innenfor feltet hevder at det er en helserisiko at norsk helsepersonell i dag ikke forholder seg målbevisst og strategisk til denne typen ikke-heteroseksuell problematikk (Moseng, 2007). Dette handler om å ta minoritetshelseproblematikk på alvor.

2. Dikotomisering: redskapet

Mange pasienter opplever at helsepersonell tar for gitt at pasientene er heteroseksuelle, og de er derfor tilbakeholdne med å ta opp vansker med seksualitet og selvforståelse (Mehlum, 2007). Denne tatt for gitt-heten er problematisk på mange måter. Datamaterialet viser i hovedtemaer som *motsetninger*, *negative assosiasjoner* og *ubehaget* eksempler på hvordan det kan spille seg ut, gjennom konkurrerende kategorier og ugjennomtenkt språkbruk.

Forestillinger om ikke-heteroseksualitet har vært under store endringer de siste tiårene. Både juridiske og moralske restriksjoner virker å løse seg opp. Folk som ikke identifiserer seg som heteroseksuelle har flere rettigheter, friheter og plikter enn noen gang. Ikke desto mindre virker forestillingen om heteroseksualitet som det normative og det selvsagte, fortsatt å være dypt forankret i samfunnsstrukturen (Magnusson & Marecek, 2010). Denne forestillingen, med de konsekvenser den har, er gitt benevnelsen heteronormativitet. Begrepet påpeker en underliggende antagelse om at alle er heteroseksuelle og at den naturlige måten å leve på er heteroseksuelt (Kitzinger, 2001). Heteronormativitet henviser i forskningssammenheng til de institusjoner, strukturer, relasjoner og handlinger som opprettholder heteroseksualiteten som noe enhetlig, altomfattende og naturlig (Rosenberg, 2002). Heteroseksualiteten er aktivt normerende og alt som faller utenfor, stemples som avvikende. Sanksjonerer mot dette

avviket kan være fra håndgripelige former for uttrykk, som vold, til mer uhåndgripelige former, som marginalisering, kulturell dominans og homofobi (Rosenberg, 2002).

For å konkretisere hvor problematisk det kan være at informantene for eksempel så lett tyr til begreper som ”normalt” og ”naturlig”, kan queer teori, eller teorier, være et nyttig verktøy. Queer teori tar utgangspunkt i en forståelse av kjønn og seksualiteter som utfordrer den tradisjonelle dikotomiske tenkningen, hvor heteroseksualitet og homoseksualitet står i et motsetningsforhold til hverandre og er gjensidig utelukkende. Dicotomy defineres som: ”a division or contrast between two things that are or are represented as being opposed or entirely different” (Oxford Reference Online, 2010). En dikotomisk forståelse av seksualitet fasiliterer statiske forståelser av seksualiteter hvor det dynamiske og bevegelige blir fraværende. Det legges til rette for en enten-eller tenking omkring seksualitet. Gjennom slike dikotomiseringsprosesser kan vi si at noen seksualiteter og identiteter blir gjort naturlige, og andre blir gjort avvikende fordi de avviker fra normen.

Sentralt i queer teori er forståelsen av seksualiteter som sosialt, historisk og geografisk konstruerte og fokuset ligger på heterokulturens undertrykkelsesmekanismer (Rosenberg, 2002). Queer teori utfordrer hvordan vi ser på kjønn, seksualitet og identitet. Teorien(e) stiller spørsmål ved det underliggende subtile heteronormative paradigmet, som psykologifaget er med på å opprettholde, og har potensial til å endre diskursen som fortsatt preger kunnskapsproduksjonen i psykologifaget i stor grad. Diskurs er et sentralt begrep innen sosialkonstruksjonistisk teori om kunnskapsutvikling i samfunnsforskningen. Diskurs er et mangetydig begrep mange forbinder med Michel Foucault og en definisjon kan være: ”en bestemt måte å snakke om og forstå verden (eller et usnitt av verden) på” (Jørgensen & Phillips, 1999). Når en diskurs dominerer, vil dennes framstilling av et fenomen ofte virke naturlig og oppfattes som sannheter. Diskursiv makt er produktiv på den måten at den skaper sannheter. Når en diskurs dominerer i en kultur, blir dens sannheter etter hvert en del av identiteten hos dem som lever i denne kulturen (Magnusson, 1998, Wetherell & Potter, 1992). Det kan sies at diskurser konstruerer de subjektene som deltar i dem (Willig, 2008). Det er ikke uten betydning hvilke diskurser som anvendes i terapirommet. Den heteronormative diskursen gis så stor betydning i vår kultur at alle pasienter blir fortolket igjennom denne, enten som normal, alminnelig og heteroseksuell, eller som ”den andre”, som står i et motsetningsforhold til den hegemoniske heteroseksualiteten. Dette tydeliggjør seg også i dette datamaterialet. Dominante diskurser avspeiler rådende diskurser, for eksempel ideologier om maskulinitet og femininitet, familieliv og seksualitet. Når diskursene er dominante, blir

samtidig alternative diskurser som utfordrer ideologiene underordnet og marginalisert (Magnusson & Marecek, 2010). Det er mange måter å heteronormere på. Analysen viser spenninger i materialet. Der jeg spør om kjønn, seksualitet og identitet er svarene jeg får preget av essensialisme: pasientene *er*, de speiles ikke i like stor grad som handlende, de *gjør* ikke seksualitet.

Judith Butlers begrep, den heteroseksuelle matrise, blir et annet kjernebegrep i denne sammenhengen (Butler, 1990). I det ligger det en forventning om at begjæret skal rettes mot motsatt kjønn. Begrepet viser at sammensmeltingen mellom kjønn og seksualitet leder til normalisering av heteroseksualitet. Dette er en diskursiv prosess hvor den marginaliserte ”andre” bringer ny mening til normativ identitetsdannelse (Atkinson & DePalma, 2009). I likhet med queer teori stiller også Butler seg kritisk til alle forestillinger om ”det naturlige”. For å bryte med den heteronormative ideologien er det derfor nødvendig å finne nye måter å tenke om begrepene kropp, kjønn og identitet på (Jegerstedt, 2008).

Det er ikke likegyldig hva slags språk og begreper vi anvender om kjønn, seksualitet og identitet og hvordan vi anvender dem. I hele datamaterialet opptrer det én referanse til nyere, ikke-dikotomiske forståelser av seksualitet. En informant brukte begrepet ”det nye kjønnnet” og åpner opp for at seksualiteter for noen kan være gjenstand for utforskning og endring, særlig var dette knyttet til yngre mennesker. Det er uklart om diskusjonen på dette tidspunktet relaterer seg til pasienter, eller om dette var en betraktning om den generelle befolkningen. I det øvrige snakkes det i datamaterialet om forståelse og kategorisering av kjønn og seksualitet i dikotomisk forstand. Biseksualitet som begrep dukker ikke opp en eneste gang i datamaterialet.

Konstruksjoner om den andre: Jeg kan her bare antyde kompleksiteten i hvordan konstruksjonen av ”den andre” er blitt teoretisert i historisk, filosofisk og sosiologisk tradisjon, men understreker at dette er av stor betydning for hvordan jeg forstår subtiliteter og automatiserte assosiasjoner i datamaterialet.

Beauvoir (1949) viser hvordan kvinner systematisk konstitueres som ”den andre” eller som ”det annet kjønn” i forhold til mannen. Beauvoirs hovedtese er at kvinnen har blitt gjort til ”den andre”, gjennom sosialisering og normer. Dermed oppstår mannen som normen og kvinnen som avviket fra denne normen og assosiert med primitive krefter. Et interessant spørsmål i denne sammenhengen er om Beauvoirs teori om konstruksjonen av det annet kjønn

kan overføres til andre kategorier som kan være utsatt for en lignende systematisk objektivisering og nedvurdering, som ikke-heteroseksualiteter.

Forestillinger om *den andre* konstrueres som en motsetning til en idealisert selvforståelse som normal. Dette har røtter i vestlig filosofisk tradisjon. Implisitt virker dette som kategorien normal har egenskaper *den andre* mangler, noe som også verdisettes. Noen forestillinger blir hegemoniske, ettersom enkelte posisjoner gir mer definisjonsmakt enn andre (Meyer & Sirnes, 1999). De som blir definert som ”de andre” kan bli tvunget til å forholde seg til de forestillingene som finnes om dem og internalisere disse. For eksempel skriver Ohnstad (2006) at tilpasning til å være i et dikotomisk forhold til heteroseksualiteten, kan innebære å ta til seg mange negative oppfatninger om det å være ikke-heteroseksuell.

Hvem som blir tilskrevet annerledeshet, hvordan og hvorfor, har ikke bare teoretisk interesse, det er også et politisk tema som er nært forbundet med økonomiske ressurser og rettigheter, som relevant behandling og anerkjennelse i terapirommet. Problemstillingene gir figur til en forståelse av marginaliserings- og eksklusjonsprosesser i samfunnet (Ytrehus, 2004).

I arbeid med seksuelle minoriteter, trenger terapeuter å være seg bevisst på egne måter å snakke om sensitive temaer på. Det er av betydning hvordan terapeuten ordlegger seg i samtaler. Dette betyr også at terapeuter må være klar over egne forenklede antagelser om kjønn, seksualitet og identitet kan virke stoppende for pasienten på videre undersøkelse av disse områdene. I tillegg forsterker slike kategoriserende antagelser det heteronormative rammeverket i forståelser av pasienter (Ohnstad, 2005). I mitt møte med informanten er det ingen, verken dominante eller alternative, diskurser om seksualitet som beskriver ikke-heteroseksuelle attraksjoner som godt, sunt eller naturlig. Det blir da opp til pasientene å mobilisere motstand mot slike diskurser, for å skape seg sin egen positive og ”normale” subjektposisjon. (Hillier & Harrison, 2004).

3. Marginalisering: effekten

Marginaliserte grupper er overrepresenterte i helsetjenester og blir ofte ikke møtt på behovene de har (Owen & Kahil, 2006). Hvilke grupper som blir ansett for å ha en marginalisert posisjon, er derfor av betydning for hvordan forstå og forbedre helsetjenestene. Hellesund (2006), skriver at selvmord kan settes i sammenheng med svært reell marginalisering og diskriminering av homoseksuelle i vår kultur. Dette er et uttrykk for en heteronormativ kultur

som privilegerer heteroseksualitet som institusjon og nettopp marginaliserer ikke-heteroseksualitet.

Dette prosjektet mener å ha funnet en sammenheng mellom sekundariseringprosesser som blant annet ved hjelp av dikotomiseringer, kan ha marginaliseringseffekter. Informantene uttrykte relativt stor uenighet og motstand mot dette prosjektets anvendelse av begrepet marginaliserte pasienter. Det er derfor nødvendig med en utforsking og avklaring omkring dette begrepet. I følge Oxford Reference Online (2012) defineres *marginalise* som:

1. make or treat as insignificant and unimportant.
2. push (a person or group of people) from the centre or mainstream towards the periphery of interest, power, society, etc.

Homoforskning, sammen med andre samfunnsvitenskapelige faggrupper som sosiologi og antropologi, har anvendt begrepet i større grad enn psykologi. Antagelsen er at ved å se på hva som skjer i utkantene av et samfunn, kan samfunn se på hvordan det definerer seg selv og definerer seg i forhold til andre samfunn og på hva som konstitueres som kjerneverdier. Sosiologen Peter Townsend (1979) har denne definisjonen av marginalisering: "The processes that create groups of people who in one way or another and to varying extents are excluded from participation in the main currents of sosial life, to which they are oriented despite their marginality".

Marginalisering er, ut i fra disse definisjonene, en ekskluderingspraksis overfor enkelte minoritetsgrupper eller personer. Dagens lovgivning i Norge gir sterkt rettsvern til homoseksuelle, og denne juridiske likestillingen gjør at mange har en forståelse av at ikke-heteroseksualitet ikke lenger trenger nærmere kunnskaper, resurser og fokus. Dette gjelder på mange områder, også i helsesektoren. Å spørsmålsstille eller undersøke elementer og meninger ved ikke-heteroseksualitet, framstår i dette datamaterialet som å repetere tilbakelagte stadium, for eksempel i kriminaliserende, diagnostiserende eller diskriminerende forståelsesrammer.

Når marginalisering kom opp i fokusgruppediskusjonene uttalte flere informanter seg på måten hvor "marginalisert" ble kategorisert som "alle homoseksuelle" og ikke "alle marginaliserte pasienter". Flere påpeker for eksempel at det ikke er marginaliserende å være homoseksuell i Norge i dag, implisitt er det ikke marginaliserende å være homoseksuell som pasient heller. Slik jeg forstår informantene, er poenget deres at de ønsker å vise at de ikke har negative holdninger til ikke-heteroseksuelle. Dette er i tråd med svenske studier som hevder at

ikke-heteroseksuelle pasienters misfornøydhhet med helsepersonell ikke først og fremst dreier seg om bevisste, negative holdninger fra personalet, men heller om deres implisitte heteronormative føringer (Nilsson & Jensen, 2010, Røndahl, 2005). Ved å ønske å ikke vise negative holdninger, viser informantene i stedet hvordan marginalisering kan oppstå, ved å bestride en berettigelse til en marginalisert status. Det å vegre å se pasienter som marginalisert, ekskluderer pasientene fra forståelse og intervensjoner de kan ha rett til og trenge.

Denne analysen viser en tendens til at terapeuter er opptatt av å ikke vise og reproducere negativ holdninger og stigma, verken i fokusgruppeintervjuet eller i terapirommet. Det er som om informantene vil unngå å stigmatisere, ved å ikke snakke om det. Det blir derimot ikke underlagt undersøkelse hva en slik unngåelsesstrategi kan utløse, særlig hos pasienten, men heller ikke hos terapeuten. Den terapeutiske samtalen kan være undertrykkende, ikke så mye ved hva som inkluderes, men med hva som ekskluderes (Hare-Mustin, 1994). Hare-Mustin bruker metaforen speilsal for å beskrive at forholdet i terapirommet, bare kan gjenspeile det som terapeut og pasient tar med seg av diskurser inn i rommet. Dette forhåndsbestemmer hvordan samtalsforløp blir og preger hva som anvendes av terapeutiske intervensjoner og løsninger (Magnusson & Marecek, 2010). Heteronormativ ideologi øker risikoen for at spekteret av diskurser i terapirommet er for smalt og ignorerer ståstedet til pasienten. Hvordan kan så terapeuten tre ut av sin egen ubevisste ideologi og spørsmålsstille den? Hare-Mustin har to forslag for å bøte på dette: det ene påpeker større selvrefleksjon hos terapeuter. Det andre forslaget går ut på å utfordre de dominante diskursene som preger terapirommet, heller enn å gå med på dem (Hare-Mustin, 1994). Dette betyr også en anerkjennelse og en understreking av at terapeuten har påvirkningskraft og autoritet i terapirommet, i kontrast til en benektning av dette.

For noen pasienter kan det å oppleve seg som ikke-heteroseksuell være en ufrivillig annerledeshet. (Moseng, 2001). Mange homoseksuelle ønsker ikke å tilhøre en seksuell minoritet som blir stigmatisert. Viktige stikkord i denne sammenheng er at dette kan fremkalle skamfølelse og identitetskonflikter hos pasientene (Remafedi, 1991). Å få en selvforståelse som homoseksuell kan også oppleves som en sorgprosess, når ideer om det sosialt aksepterte normative liv forlates. Homorelatert stress og minoritetsstress er begreper som er brukt for å beskrive institusjonell og individuell diskriminering, og som behandlere ofte ikke ser følgende av i arbeid med marginaliserte pasienter (King et al., 2008).

Flere informanter var opptatt av at det var den psykiske lidelsen som var marginaliserende, heller enn selve homoseksualiteten. Denne motsetningen mellom den psykiske lidelsen og homoseksualitet, framstår som konkurrerende og dikotomisk, som om det ene utelukker det andre. Det kan virke som om informantene har en villighet til å se den psykiske lidelsen som utestengende fra samfunnet for øvrig og en ekvivalent uvillighet til å se ikke-heteroseksualitet som tilsvarende ekskluderende i et behandlingsperspektiv. Min tanke er at i stedet for å sette kategoriene i et begrensende opposisjonsforhold til hverandre, burde fenomenene sees under ett og heller utvide informantenes forståelse av marginalisering og marginaliserende prosesser. Det blir en mangfoldiggjøring av belastninger for pasientene, og det er helsepersonellens ansvar å se dette. I tillegg vil vegringen mot å anerkjenne ikke-heteroseksualitet som marginalisering, virke marginaliserende i seg selv, i og med antagelsen av det som uviktig og uinteressant.

Konklusjon

Formålet med dette prosjektet har vært å undersøke hvordan terapeuter snakker om kjønn, seksualitet og identitet med pasienter. Kategorien pasienter ble definert til å være psykosepasienter, og dette åpnet for interessante refleksjonsrom med hensyn til subjektivitet, diskurser og behandling. Utvalget i dette prosjektet har vært behandlere i psykisk helsevern. Det var et ønske om å anvende et strategisk utvalg, noe som har vært nyttig for denne oppgavens begrepsmessige tilnærming. Det antas at resultatene i denne analysen ikke er atypiske. Målet er å vurdere om disse resultatene gjelder helsepersonell i psykisk helsevern forøvrig. Det argumenteres her for at det kan trekkes en generell slutning om at resultatene i dette prosjektet kan generaliseres til å gjelde flere enn terapeuter og behandlere i psykisk helsevern.

Det er av avgjørende betydning hva slags ideer, forståelsesrammer eller diskurser som anvendes av helsepersonell i møte med pasienter. Analysen tydeliggjør ideer, forståelser og diskurser som dette utvalget anvender i møte med pasienter på temaer som kjønn, seksualitet og identitet. Disse diskursene kan være problematiske dersom de er fundert på en heteronormativ forståelse av pasienten. Heteronormativitet som diskurs former deltagerne, både pasient og terapeut. Analysen viser at lett tilgjengelige majoritetsdiskurser som heteronormativitet, anvendes i stor grad.

Dette prosjektet viser en sammenheng mellom sekundariseringprosesser, små og store, som blant annet ved hjelp av ideologiske dikotomiseringer, kan føre til eller opprettholde en marginaliseringseffekt. Marginalisering som posisjoner og kategorier settes opp mot hverandre i konkurrerende forhold, slik at det ene utelukker det andre. Sosiale kategorier framstår som ”rene”, og interseksjonalitet som forståelsesramme er fraværende.

Ut i fra denne analysen har heteronormativ forståelse av pasienter fortsatt hegemonisk posisjon i psykisk helsevern i Norge i dag. Dette gir noen implikasjoner. For det første ser det ut til å være et behov for økt kunnskapsproduksjon rundt minoritetshelse og ikke-heteroseksualitet. Mer forskning på dette feltet er avgjørende. En annen implikasjon av denne analysen er at helsepersonell kan øke anvendelsen av kunnskap som allerede foreligger på mer utvidende måter. En tredje implikasjon er at emner som kjønn, seksualitet og identitet, bør styrkes innenfor utdanningsinstitusjonene. Psykologisk institutt i Oslo underviser per i dag ikke om seksualitet på profesjonsprogrammet. Slike implikasjoner vil ha ringvirkninger for hvordan terapeuter møter pasienter på generelle og spesifikke måter.

På generelt grunnlag kan det for eksempel se ut som om normalbegrepet behøver utforskning og fornyet forståelse. Analysen peker på ambivalens i forhold til seksualitet som viser seg på måter som at det er helt greit å være homo, mens det er støtende og fornærmende å undersøke det. Vi kan snu det på hodet og undre: kan det være tilsvarende krenkende for ikke-heteroseksuelle pasienter å bli heteronormert i terapeutiske interaksjoner?

På spesifikke måter kan mangelen på kunnskap og opplæring komme til uttrykk i fravær av intervensjoner. Det mest foruroligende spesifikke funnet i denne analysen er at Helsedirektoratets retningslinjer anvendes som begrunnelse for ikke å kartlegge ikke-heteroseksualitet som risikofaktor. At det ikke er løftet fram som en spesifikk risikofaktor fra Helsedirektoratets side, blir oppfattet som et signal om at det vurderes som en mindre viktig og sekundær faktor.

Ved gjennomgang av retningslinjene finner denne analysen begrunnelse i motsatt retning av hva informantene konkluderer med: retningslinjene påpeker en klar nødvendighet av å kartlegge og utrede seksualitet med tanke på marginalisering. Det blir da avgjørende hva slags føringer helsetilsyn og helsemyndigheter anviser som formålstjenelig selvmordsforebyggende arbeid. En måte å tolke denne analysen på er at det kan være nødvendig med en gjennomgang av hva og hvordan hensiktsmessige retningslinjer på disse områdene i psykisk helsevern kan være.

Litteraturliste:

- American Psychological Association. (2011). *Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay & bisexual clients*, 67:1. 10-42. DOI: 10.1037/a0024659
Hentet fra: <http://psycnet.apa.org/journals/amp/67/1/10.pdf> (Nedlastet: 3.3.12).
- Atkinson, E. & DePalma, R. (2009). *Un-believing the matrix: queering consensual heteronormativity*. *Gender and Education*, 12:1. 17-29.
- Bagley, C. & Mallick, K. (2000). *Elevated rates of suicidal behaviour in gay, lesbian and bisexual youth*. *Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide Studies*, 21:3. 111-117. DOI:10.1027//0227-5910.21.3.111.
- Barnard, A. (2009). *Lesbians Constructions of Depression*. *Health Care for Women International*, 30:5. 373-389.
- Beauvoir, S. D. (1949/2000). *Det annet kjønn*. Oslo: Pax Forlag.
- Bondevik, H. & Bostad, I. (2003). *Tenkepauser*. Oslo: Akribe forlag.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming Qualitative Information*. London: Sage.
- Brantsæter, M. C., Eikvam, T., Kjær, R. & Åmås, K. O. (Red). (2001). *Norsk homoforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Braun, V. & Clarke, C. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative research in psychology*, 3. 77-101.
- Burckell, L. A. & Goldfried, M. R. (2006). *Therapist qualities preferred by sexual minority individuals*. *Clinical Psychology: Science and Practice*.
DOI:10.1093/clipsy/bpi001.

- Burgard, S. A.; Cochran, S. D. & Mays, V. M. (2005). *Alcohol and tobacco use patterns among heterosexually and homosexually experienced Californian women*. *Drug and Alcohol Dependence*, 77:1. 61–70.
- Butler, J. (1990). *Gender trouble*. New York: Routledge.
- Chakraborty, A., McManus, S., Brugha, T. S., Bebbington P. & King, M. (2011). *Mental health of the non-heterosexual population of England*. *The British Journal of Psychiatry*, 198:143-148. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.082271.
- Corliss, H. L., Rosario, M., Wypij, D., Wylie, S. A., Frazier, A. L. & Austin, S. B. (2010). *Sexual orientation and drug use in a longitudinal cohort study of US adolescents*. *Addictive Behaviour*, 35:5. 517-521. DOI: 10.1016/j.addbeh.2009.12.019
- Darj, F. & Nathorst-Böös, H. (2008) *Är du kille eller tjej? – En intervjustudie om unga transpersoners livsvillkor*. <http://www.rfsl.se/halsa/public/ardukilleellertjej.pdf> (Nedlastet: 15.3.12).
- "Dichotomy" *Oxford Dictionary of English*. Angus Stevenson (Red). Oxford University Press, 2010. *Oxford Reference Online*. Oxford University Press. Oslo University. <http://www.oxfordreference.com/views/ENTRY.html?subview=Main&entry=t140.e0224080>. (Lesedato: 23.3.12).
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., Salter, N. P., Vasey, J. J., Starks, M. T. & Sinclair, K. O. (2005). *Predicting the Suicide Attempts of Lesbian, Gay, and Bisexual Youth*. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 35: 6.
- D'Augelli, A. R., Hersberger, S. L. & Pilkington, N. W. (2001). *Suicidality Patterns and Sexual Orientation-Related Factors Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youths*. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 1:3.
- Edwards, D. & Potter, J. (1992). *Discursive Psychology*. London: Sage

- Eubanks-Carter, C., Burckell, L.A. & Goldfried, M.R. (2005). *Enhancing Therapeutic Effectiveness With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12:1. 1-19.
- Farber, B. A. & Hall, D. (2002). *Disclosure to Therapists: What Is and Is Not Discussed in Psychotherapy*. *Journal of Clinical Psychology*, 58:4. 359–370.
- Fenaughty, J og Harré, N. (2003). *Life on the Seesaw: A Qualitative Study of Suicide Resilliency Factors for Yong Gay men*. *Journal of Homosexuality*, 45:1.
- Fergusson D. M., Horwood, J. L., Ridder, E. M. & Beautrais, A. L. (2005) *Sexual orientation and mental health in a birth cohort of young adults*. *Psychological Medicine*, 35: 971–981. DOI: 10.1017/S0033291704004222
- Finch, H. & Lewis, J. (2003). *Focus groups*. I Ritchie, J. & Lewis, J. *Qualitative research practice*. London: Sage.
- Foucault, M. (1999). *Seksualitetens historie. Viljen til viten*. Oslo: Pax Forlag
- Fullagar, S. (2003). *Wasted Lives: The Sosial Dynamics of Shame and Youth Suicide*. *Journal of Sosiology*, 39. 291-307.
- Fullagar, S. (2005). *The paradox of promoting help-seeking: a critical analysis of risk, rurality and youth suicide*. *Critical Psychology*, 14. 13-51.
- Garnets, L., Hancock, K.A., Cochran, S.D., Goodchilds, J. & Peplau, L.A. (1991). *Issues in Psychotherapy with Lesbians and Gay Men: A Survey of Psychologists*. *American Psychologist*, 46: 9. 964-972.
- Gilman, S. E., Cochran, S. D., Mays, V. M., Hughes, M., Ostrow, D., & Kessler, R. C. (2001). *Risk of Psychiatric Disorders Among Individuals Reporting Same-Sex Sexual Partners in the National Comorbidity Survey*. *American Journal of Public Health*, 91:6.

- Goldfried, M. R. (2001). *Integrating Gay, Lesbian, and Bisexual Issues Into Mainstream Psychology*. *American Psychologist*, 977-988.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M. og Shaffer, D. (2003) *Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years*. *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:4.
- Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinman, M., Thomas, J. G., Mostkoff, K., Cote, J. & Davies, M. (2005). *Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs. A Randomized Controlled Trial*. *Journal of the American Medical Association*, 293:13. 1635-1643.
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R. et al. (2011). *Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations*. *Journal of Homosexuality*, 58:10-51. DOI: 10.1080/00918369.2011.534038.
- Haraway, D. J. (1991). *Simians, cyborgs and women. The reinvention of nature*. London: Free Association Books.
- Hare-Mustin, R. (1994). *Discourses in the Mirrored Room: a Postmodern Analysis of Therapy*. *Family Process*, 33:1. 19-35
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). *How Does Sexual Minority Stigma "Get Under the Skin"? A Psychological Mediation Framework*. *Psychological Bulletin*, 135:5. 707–730. DOI: 10.1037/a0016441.
- Hegna, K. (2007). *Homo? Betydningen av seksuell erfaring, tiltrekking og identitet for selvmordsforsøk og rusmiddelbruk blant ungdom. En sosiologisk studie*. NOVA-rapport 1/07. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

- Hegna, K., Kristiansen, H. W. & Moseng, B. U. (1999). *Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn*. NOVA-rapport 1/99. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Hellesund, T. (2006). Lengten etter normalitet – om unge homofile og selvmordsforsøk. I Ohnstad, A og Malterud, K. (Red). *Lesbiske og homofile i møte med helse- og sosialtenesta*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*.
- Herrell, R., Goldberg, J., True, W. R., Ramakrishnan, V., Lyons, M., Eisen, S., & Tsuang, M. T. (1999). *Sexual orientation and suicidality. Co-twin control study in adult men*. Archives of General Psychiatry, 56. 867– 874.
- Hillier, L. & Harrison, L. (2004). *Homophobia and the Production of Shame: Young People and Same Sex Attraction*. Culture, Health & Sexuality, 6:1. 79-94
- Howitt, D. (2010). *Introduction to qualitative methods in psychology*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Hyde, A., Howlett, E., Brady, D. & Drennan, J. (2005). *The focus group method: Insight's from focus group interviews on sexual health with adolescents*. Social Science & Medicine, 61. 2588–2599. DOI:10.1016/j.socscimed.2005.04.040.
- Haavind, H. (Red). (2000). *Kjønn og fortolkende metode*. Oslo: Gyldendal.
- Israel, T., Gorcheva, R., Walther, W.A., Sulzner, J.M. & Cohen, J. (2008). *Therapists Helpful and Unhelpful Situations with LGBT Clients: An Exploratory Study*. Professional Psychology: Research and Practice. 39: 3. 361-368.
- Jegerstedt, K. (2008). Judith Butler, i Mortensen, E., Egeland, C., Gressgård, R., Holst, C., Jegerstedt, K., Rosland, S. & Sampson, K.. *Kjønnsteori*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Jorm, A. F., Korten, A. E., Rodgers, B., Jacomb, P. A. & Christensen, H. (2002). *Sexual orientation and mental health: results from a community survey of young and middle-aged adults*. British Journal of Psychiatry, 180. 423-427. DOI: 10.1192/bjp.180.5.423.
- Jørgensen, M. W. & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D. & Nazareth, I. (2008). *A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people*. BMC Psychiatry, 8:70. DOI: 10.1186/1471-244X-8-70.
- Kitzinger, C. (2001). Sexualities. I Unger & Rhoda (Red). *Handbook of the psychology of woman and gender*. New York: Wiley & Sons.
- Kuyper, L. & Fokkema, T. (2011). *Minority Stress and Mental Health Among Dutch LGBs: Examination of Differences Between Sex and Sexual Orientation*. Journal of Counseling Psychology, 58: 2. 222–233.
- Lock, J. & Steiner, H. (1999). *Gay, Lesbian, and Bisexual Youth Risks for Emotional, Physical, and Social Problems: Results From a Community-Based Survey*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38:3. 297-304 DOI: 10.1097/00004583-199903000-00017.
- Magnusson, E. (1998). *Vardagens könnsinnebörder under förhandling. Om arbete, familj och produktion av kvinnlighet*. Dr.avhandling, Institutionen för tillämpad psykologi, Umeå universitet.
- Magnusson, E. & Marecek, J. (2010). *Genus och kultur i psykologi*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Malley, M. & Tasker, F. (2007). *“The Difference that Makes a Difference”: What Matters to Lesbians and Gay Men in Psychotherapy*. Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 11:1-2. 93-109.

Malterud, K. (2001). Lesbiske i medisinsk teori og praksis – et kritisk perspektiv på kunnskap og helsetjenester. I Brandsæter, M. C., Eikvam, T., Kjær, R. & Åmås (Red.). *Norsk homoforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2006). Lesbisk hos legen. I Ohnstad, A. & Malterud, K. (Red.). *Lesbiske og homofile i møte med helse- og sosialtenesta*. Oslo: Det Norske Samlaget.

"Marginalization". *A Dictionary of Sociology*. John Scott & Gordon Marshall. Oxford University Press 2009. Oxford Reference Online. Oslo University.
<http://www.oxfordreference.com/views/ENTRY.html?subview=Main&entry=t88.e1338> (Lesedato: 21.3.12).

Marshall, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., Bukstein, O. G. & Morse, J. Q. (2008). *Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review*. *Addiction*, 103. 546–556. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2008.02149.x.

Marshall, M. P., Friedman, M. S., Stall, R. & Thompson, A. L. (2009). *Individual trajectories of substance use in lesbian, gay and bisexual youth and heterosexual youth*. *Addiction*, 104. 974–981. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2009.02531.x.

Mason, J. (2002). *Qualitative researching*. London: Sage

Martin J. I. & D'Augelli. A. R. (2003). *How lonely are gay and lesbian youth?* *Psychological Reports*, 93:486.

Mays, V. & Cockran, S. D. (2001). *Mental Health Correlates of Perceived Discrimination Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States*. *American Journal of Public Health*, 91:11.

- McCabe, S., Hughes, T., Bostwick, W., West, B., & Boyd, C. (2009). *Sexual orientation, substance use behaviors, and substance dependence*. *Addiction*, 104. 1333–1345. DOI: 10.1111/j1360-0443.2009.02596.x
- McDermott, E., Roen, K. & Scourfield, J. (2008). *Avoiding shame: young LGBT people, homophobia and self-destructive behaviours*. *Culture, Health & Sexuality*, 10:8. 815-829. DOI: 10.1080/13691050802380974.
- McFarlane, L. (1998). *Diagnosis: Homophobic. The Experiences of Lesbians, Gay Men and Bisexuals in Mental Health Services*. London: Pace.
- Meezan, W. & Martin, J.I. (Red). (2003). *Research Methods with Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Populations*. New York: Harrington Park Press.
- Mehlum, L. (2007). Leder i Suicidologi, 12:1.
- Meyer, I. H. (2003). *Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence*. *Psychological Bulletin*, 129:5. 674–697.
- Meyer, S. & Sirnes, T. (Red). (1999). *Normalitet og identitetsmakt i Norge. Makt og demokratiutredningen 1998-2003*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Mohr, J. J., Israel, T. & Sedlacek, W. E. (2001). *Counselors' Attitudes Regarding Bisexuality as Predictors of Counselors' Clinical Responses: An Analogue Study of a Female Bisexual Client*. *Journal of Counseling Psychology*. 48:2. 212-222.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research*. London: Sage.
- Moseng, B. U. (2001). Selvmordsadferd og seksuell orientering. I Brantsæter, M. C., Eikvam, T., Kjær, R. & Åmås K. O. (Red.). (2001). *Norsk homoforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Moseng, B. (2006). *Vold mot lesbiske og homofile tenåringer En representativ undersøkelse av omfang, risiko og beskyttelse. Ung i Oslo*. NOVA-rapport 19/07. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Moseng, B. U. (2007). *Selvmondsatferd blant sammekjønnssesuell kvinner og menn: funn fra nyere representative studier*. *Suicidologi*, 12:1.
- Møller, P. (2000). *The Phenomenology of the Initial Prodrome and Untreated Psychosis in First-Episode Schizophrenia*. Department of Psychiatric Research and Education. Diakonhjemmet Hospital, Oslo.
- Møller, P. & Husby, R. (2003). *Det initiale prodrom ved schizofreni – kjernedimensjoner av opplevelse og atferd*. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 17. 123:2425 – 9.
- Ness, E. (2009). *Opplæringsstrategi for å understøtte de nasjonale retningslinjene for selvmordforebygging*. *Suicidologi*, 14:1.
- Nilsson, S. & Jensen, R. (2010). "Som att det är en kunskapslucka" - En intervjustudie om hbt-personers upplevelser av terapi i hbt-avseende. Psykologexamensuppsats. Lunds Universitet.
- Norsk Psykologforening. (2007). *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk behandling*. Lastet ned fra: <http://www.psykol.no/Fag-og-profesjon/For-fagutoeverer/Fag/Evidensbasert-praksis/Prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2/%28language%29/nor-NO> (Nedlastningsdato: 3.3.12)
- Ohnstad, A. (2005). *Speaking vulnerable issues into existence: Their consequences for psychotherapy*. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33:24. DOI: 10.1080/14034950510033336.
- Ohnstad, A. & Malterud, K. (Red). (2006). *Lesbiske og homofile i møte med helse- og sosialtenesta*. Oslo: Det Norske Samlaget.

- Ohnstad, A. (2006). Å navigere i kjent og ukjent landskap – konsekvenser for sjølvbildet. I Ohnstad, A. & Malterud, K. (Red). *Lesbiske og homofile i møte med helse- og sosialtenesta*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Owen, S. & Khalil, E. (2007). *Addressing diversity in mental health care: A review of guidance documents*. International Journal of Nursing Studies, 44. 467–478.
- Pathela, P., Anjum, H., Schillinger, J., Blank, S., Sell, R. & Mostashari, F. (2006). *Discordance between Sexual Behaviour and Self-Reported Sexual Identity: A Populaton-Based Survey of New York City Men*. Annals of Internal Medicine, 145:6. 416-425.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage.
- Potter, J. & Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology*. London: Sage.
- Rasmussen, M. L., Rofes, E. E., & Talburt, S. (2004). *Youth and sexualities: Pleasure, subversion, and insubordination in and out of schools*. New York: Palgrave Macmillan.
- Remafedi, G., Farrow, J. A. & Deisher, R. W. (1991). *Risk Factors for Attempted Suicide in Gay and Bisexual Youth*. Pediatrics, 87: 869.
- Remafedi, G., French, S., Story, M., Resnick, M D. & Blum, R. (1998). *The Relationship between Suicide Risk and Sexual Orientation: Result of a Population-Based Study*. American Journal of Public Health. January, 88:1.
- Ricks, J. L. (2012). *Lesbians and Alcohol Abuse: Identifying Factors for Future Research*. Journal of Social Service Research, 38:37–45. DOI: 10.1080/01488376.2011.616764.

- Rosario, M., Hunter, J. & Gwadz, M. (1997). *Exploration of Substance Use Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth: Prevalence and Correlates*. Journal of Adolescent Research, 12: 4. 454-476.
- Rosenberg, T. (2003). *Queerfeministisk agenda*. Atlas: Stockholm.
- Rothman, E. F., Exner, D. & Baughman, A. L. (2011). *The Prevalence of Sexual Assault Against People Who Identify as Gay, Lesbian, or Bisexual in the United States: A Systematic Review*. Trauma Violence Abuse, 12: 55. DOI: 10.1177/1524838010390707.
- Russell, S. T. & Joyner, K. (2001). *Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study*. American Journal of Public Health, 91:1276–1281.
- Röndahl, G. (2005). *Heteronormativity in a Nursing Context*. Dr.avhandling: Uppsala universitet.
- Saewyc, E. M., Skay, C. L., Pettingell, S. L., Reis, E. A., Bearinger, L. Resnick, M., et al. (2006). *Hazard of Stigma: The Sexual and Physical Abuse of Gay, Lesbian, and Bisexual Adolescents in the United States and Canada*. Child Welfare, 85:2.
- Sandfort, T. M. G., Graaf, R. d., Bijl, R. V., Schnabel, P. (2001). *Same-Sex Sexual Behavior and Psychiatric Disorders Findings From the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. Arch gen psychiatry, 58.
- Selle, M. S. (2001). Nei til ”behandling” – ja til terapi. I Brantsæter, M. C., Eikvam, T., Kjær, R. & Åmås, K. O. (Red). *Norsk homoforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Selle, M. S. (2007). *Homo eller hetero – spiller det noen rolle hva pasienten er?* Suicidologi, 12:1.

- Sheerin, J. (2009). *Transgender Individuals' Experiences in Therapy and Perception of the Treatment Experience*. Northampton, Massachusetts: Smith College School for Social Work.
- Shelton, K. & Delgado-Romero, E. A. (2011). *Sexual Orientation Microaggressions: The Experience of Lesbian, Gay, Bisexual, and Queer Clients in Psychotherapy*. *Journal of Counseling Psychology*, 58:2. 210–221. DOI: 10.1037/a0022251210
- Statens helsetilsyn. (2000). *Oppfølgingsprosjekt Tiltak mot selvmord*. Prosjektplan utarbeidet av Statens helsetilsyn.
- Stortingsmelding nr. 25. (2000-2001). Barne- og familiedepartementet.
- Talley, A. M., Tomko, R. L., Littlefield, A. K., Trull, T. J. & Sher, K. J. (2011). *The Influence of General Identity Disturbance on Reports of Lifetime Substance Use Disorders and Related Outcomes Among Sexual Minority Adults With a History of Substance Use*. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25:3. 530–54. DOI: 10.1037/a0023022
- Tiby, E. (1999). *Hatbrott? Homosexuella kvinnors och mäns berättelser om utsatthet för brott*. Kriminologiska institutionen: Stockholms Universitet.
- Townsend, P. (1979). *Poverty in the United Kingdom*. London: Penguin.
- Træen, B., Stigum, H. & Magnus, P. (2003). *Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987, 1992, 1997 og 2002*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Wellings, K., Branigan, P. & Mitchell, K. (2000). *Discomfort, Discord and Discontinuity as Data: Using Focus Groups to Research Sensitive Topics*. *Culture, Health & Sexuality*, 2:3. 255-267.
- West, C. & Zimmerman, D. H. (1987). *Doing gender*. *Gender and Society*, 1. 125-151. DOI: 10.1177/0891243287001002002.

- Wetherell, M & Potter, J. (1992). *Mapping the language of racism: Discourse and the Legitimation of Exploitation*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Wibeck, V. (2010). Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod. Lund: Studentlitteratur AB.
- Wickstrøm, L og Hegna, K. (2003). *Sexual Orientation and Suicide Attempt: A Longitudinal Study of the General Norwegian Adolescent Population*. Journal of Abnormal Psychology, 112:1. 144–151.
- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology*. 2. opplag. Buckingham: Open University Press.
- Willig, C. (2008). Discourse analysis. I Smith, J. A. (Red). *Qualitative Psychology*. London: Sage.
- WHO. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva*. World Health Organization.
- Ytrehus, L. A. (2004). *Intellektuelle i eksil. Integrering og ekskludering i et livsverdenperspektiv*. Dr.avhandling. Seksjon for Kulturvitenskap. IKK/Senter for Europeiske Kulturstudier. Universitetet i Bergen.

Vedlegg

Intervju- og temaguide

Når er kjønn/ identitet/seksualitet et tema i en behandling?

Hvordan gjøre det til et tema?

Hvordan undersøker dere pasientenes egne tanker om kjønn, identitet og seksualitet?

Eventuelt hvorfor undersøkes det ikke?

På hvilke måter er det i terapirommet åpenhet rundt temaer som kjønn, identitet, seksualitet og seksuell orientering i møte med pasienten?

Hvordan hjelper du pasienten med å skape sin subjektivitet?

Hva hemmer og fremmer åpenhet i alliansen?

Finnes det spørsmål det ikke går an å stille pasienter?

Har dere eksempler på vanskelige spørsmål å stille pasienten?

Gjør dere som terapeuter noe annerledes nå enn før?

Hva legger du til grunn for egen praksis på disse områdene?

Er du som terapeut opptatt av språket/diskurser du bruker med pasienten?

Kan vi si at det er diskurser i terapirommet rundt disse temaene?

Hva karakteriserer diskursene?

Kan vi si at marginaliserte pasienter blir forstått og forstår seg selv gjennom et ”smertespråk”?

Trenger marginaliserte pasienter en annen tilnærming enn andre pasienter?

Er det visse forhold som i perioder kan ha betydning for marginaliserte pasienter?

Informasjon til deltagere

Arbeidstittel på prosjektet:

Terapeuters erfaringer i møte med marginaliserte pasienter

Jeg er sisteårsstudent på profesjonsstudiet i psykologi på universitet i Oslo og jeg ønsker i min hovedoppgave å undersøke terapeuters møte med marginaliserte pasienter, med fokus på terapeutenes erfaringer og forståelse.

Forskningsmål

Jeg håper at din deltagelse skal hjelpe meg til å øke en forståelse på disse spørsmålene:

1. På hvilke måter er det i terapirommet åpenhet rundt temaer som kjønn, seksualitet og seksuell orientering i møte med pasienten? Hvordan snakker og undersøker terapeuter pasientenes egne tanker om kjønn, identitet og seksualitet? Eventuelt hvorfor undersøkes det ikke?
2. Hva slags erfaringer har terapeuter på disse områdene? Hvordan påvirker dette hvordan pasienter utredes og behandles?

Hvorfor forske på dette?

Forskning mener å kunne vise at en marginalisert pasientgruppe, som for eksempel homoseksuelle, har en forhøyet risiko for selvskading og suicidalitet. Videre viser forskning at marginaliserte pasienter ønsker å snakke om disse tingene, men at det er hindringer for å bringe dette opp i behandlingen.

Det kan være nyttig med begrepsavklaringer: Terapeuter henviser her til psykologer, psykiatere og leger i spesialisering som alle utøver psykoterapeutisk behandling i psykisk helsevern.

Forskningslitteraturen bruker ofte marginaliserte pasienter som begrep og da menes det gjerne lesbiske og homofile. Jeg ønsker imidlertid å gjøre begrepsomfanget større enn ved

eksklusiv bruk av kategorier som homofil og lesbisk. For å forstå sammenhengen mellom seksuell orientering/kjønnsidentitet og suicidalitet/selvskading, er det forskningsmessig nødvendig å inkludere de som ikke nødvendigvis kategoriserer seg som homoseksuelle. Marginaliserte pasienter menes i denne sammenheng personer som har ikke-normative erfaringer som er av betydning for selvforståelse.

For relativt kort tid siden, var det alminnelig praksis å unngå å spørre pasienter om tanker de kunne ha om selvskading og selvmord. Dette ble begrunnet med at pasientene ikke skulle få tilført ideer om selvskading og suicidalitet og utføre disse i praksis. I dag er det i psykisk helsevern pålagt praksis å vurdere og dokumentere suicidalitet og selvskading hos alle pasienter. Det er også vanlig å gå i gjennom litteraturens risikofaktorer som er av betydning for den enkelte pasient og kartlegge betydninger av disse, som for eksempel rusbruk og tapsopplevelser. Men ved risikofaktoren homoseksualitet, er det mindre selvsagt å kartlegge tanker, erfaringer og følelser kan ha på disse områdene og betydningen dette kan ha for pasientens suicidalitet, selvopplevelse og velvære. Det er da åpenbart for meg å spørre om hva og hvordan terapeuter tenker om dette fenomenet.

Fagpsykologi er en viktig premissleverandør i mange sammenhenger og gir oss som kultur et indre rammeverk for selvforståelse. I en oppfatning av psykose er *selvforståelse* sentral og mangel på en slik selvforståelse blir da en hovedutfordring i behandling. Psykose kan sees på som en subjektivitetsforstyrrelse. Det er identitetsopplevelsen eller selvopplevelsen, som fordreies. Legger vi denne forståelsen av psykose til grunn, kan det ha en særskilt betydning å utrede tanker om kjønn, identitet og seksuell orientering/erfaring med pasienter med psykoseproblematikk. Det er muligheter for at disse spørsmålene i praksis blir ivaretatt på gode måter i de forskjellige sykehusavdelingene, men at dette er erfaringer som forskning ennå ikke har fanget opp.

Deltagere

Prosjektet ønsker å benytte seg av tre til fire fokusgrupper, bestående av terapeutiske behandlere, fortrinnsvis med fagbakgrunn som psykologer, psykiatere og leger i spesialisering. Gruppenes størrelse er tenkt å være fem til seks deltagere. Det er også ønskelig om deltagerne rekrutteres fra sykehusavdelinger som behandler unge og voksne med psykoseproblematikk.

Forskningsprosessen

Deltagere vil bli spurt om å være med i en samtale i en fokusgruppe, som samles i arbeidstiden på arbeidstedet til deltagerne, med en varighet på ca halvannen time. Samtalene skal dokumenteres i form av lydopptak, som senere transkriberes og analyseres. Hvis du ønsker å delta i en gruppesamtale, er du ikke forpliktet til å svare på spørsmål du ikke ønsker å svare på og du kan trekke deg når du måtte ønske det. Lydopptakene skal bare leses og høres av undertegnede og veileder ved universitetet i Oslo, Katrina Røn. Prosjektslutt er 25.4.2012.

Om ønskelig kan prosjektleder holde deg informert om publikasjoner som kommer ut av dette forskningsmaterialet.

Konfidensialitet, anonymitet og datalagring

Prosjektleder vil tilstrebe å fjerne identifiserende trekk fra data før rapportering og opprettholde informantenes anonymitet. Transkripsjoner og lydopptak vil bli kodet på måter som bare prosjektleder og veileder kan spore tilbake. Transkripsjoner vil bli redigert før analyse, slik at navn på personer, institusjoner og steder blir fjernet. Ved bruk av direkte sitater fra datamaterialet, vil potensielle identifiserende trekk være fjernet.

Videre vil lydopptak og transkripsjoner bli lagret i en passordbeskyttet digital fil på universitet i Oslo, og blir bare tilgjengelig for prosjektleder og veileder. Lydopptak blir slettet ved prosjektets avslutning og det anonymiserte transkriberte materiale arkivert.

Vi som jobber med dette prosjektet er:

Prosjektleder Hilde Holthe-Berg hilholt@student.sv.uio.no

Veileder Katrina Røn katrina.roen@psykologi.uio.no